

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 139

Contribution à l'étude
du
RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri VAGNON

Ex-Interne prov. des Hôpitaux de Lyon.

né à LYON (Rhône) le 15 Août 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 139

Contribution à l'étude
du
RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri VAGNON

Ex-Interne prov. des Hôpitaux de Lyon.

né à LYON (Rhône) le 15 Août 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

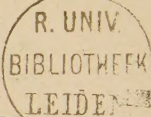
—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... **MM. H. HUGOUNENQ.**
 Doyen **J. LEPINE.**
 Assesseur **ROQUE.**

PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
 LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.**



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

**MM. NICOLAS, président ; ROUBIER, assesseur ;
 FAVRE et CHALIER A., agrégés.**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR AUGUSTE VAGNON

Qui m'a précédé dans la voie où je m'engage, et qui fut toujours pour moi l'exemple du labeur obstiné et de la plus haute conscience professionnelle.

A MA MERE

En témoignage de tendre affection.

Je dédie ce travail en reconnaissance de tout ce qu'ils ont fait à mon égard. Ils ont été pour moi plus encore que des parents, des amis.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous inspira cette thèse et à
qui nous devons le meilleur de notre
conception de la pratique médicale.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON
Accoucheur des Hôpitaux
Chef de Service de la Maternité

Qui nous a toujours accueilli avec
tant de bienveillance dans son ser-
vice de la Maternité, et dont l'ensei-
gnement, recueilli pendant plusieurs
années, nous sera d'un grand secours
dans l'exercice de notre art.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS
Chevalier de la Légion d'honneur

En souvenir du temps passé dans
son service et de la bienveillante
sympathie qu'il a bien voulu nous té-
moigner en toute occasion.

AUX MEMBRES DE MON JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ CHALIER

Chevalier de la Légion d'honneur

En remerciement de cette nouvelle
marque d'amicale sympathie qu'il a
bien voulu nous donner.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARLES ROUBIER

Médecin des Hôpitaux

Que nous remercions d'avoir bien
voulu faire partie du jury de notre
thèse, et en souvenir des longs mois
passés aux armées dans le même ré-
giment.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553203_0040

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

Notes préliminaires.

Le monde médical accuse les syphiligraphes de « voir la syphilis partout ». Le Professeur Fournier avait déjà eu à lutter contre le scepticisme de principe qui contrecarrait ses efforts pour étendre le domaine de cette maladie. En particulier, il affirmait sur les données apportées par l'observation, que le tabes était d'origine et de nature syphilitique, et qu'il était curable. Ces conclusions furent rejetées au nom de l'histologie, qui ne découvrait pas là de lésions spécifiques — et d'autre part le traitement ne le guérissait pas. La découverte du tréponème de Schaudin, les travaux de Wassermann, la création de médicaments extrêmement actifs et appliqués suivant des règles sûres ont augmenté le domaine de la syphilis dans des proportions insoupçonnées. Le Tréponème est l'auteur de nombreuses lésions spécifiques et d'affections nombreuses non spécifiques à caractère inflammatoire banal. Il est encore à la base de syndromes, au pluôt de complexus morbides attribués

d'ordinaire tantôt à une cause, tantôt à une autre : le rhumatisme syphilitique en est un bel exemple.

La syphilis semble devoir envahir toute la pathologie et sa fréquence de plus en plus paraît considérable, étonnante. Blaschko (IV^e Congrès international des médecins d'assurances, Berlin 1906) avait dit que la syphilis dans les grandes villes atteint la cinquième partie ou le quart de la population totale. M. H. Dufour, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, a rapporté récemment les résultats de ses recherches : sur 100 hommes malades de la ville âgés de 20 ans, 35 sont des syphilitiques avérés ; au-delà de 50 ans, la proportion est de 50 %. Tout récemment (22 février 1924, même Société), M. Bernard discutant les chiffres apportés par M. Renaud qui disait n'avoir constaté la syphilis que dans 15 % des cas d'affections diverses, y compris le tabes, concluait que dans ces conditions on passe à côté de l'origine exacte 85 fois sur 100 ; et comme il n'y a aucune raison pour ne pas étendre ces conclusions aux autres affections envisagées par l'auteur de la statistique, on serait amené à admettre qu'un grand nombre de scléroses survenant chez des sujets âgés relèvent de la syphilis,

Les statistiques, certes, sont sujettes à erreur et méritent d'être discutées : on ne peut cependant se défendre d'être impressionné par elles. Et elles conduisent à ce résultat positif qu'en présence d'un malade dont l'affection ne peut être avec évidence, par la clinique, ou par les examens bactériologiques, ou par les recherches de laboratoire, attribuée à une origine microbienne déterminée, il faut toujours penser à la

syphilis. Parfois même la clinique est caduque. Ne voit-on pas souvent, chez des malades atteints de lésions osseuses ou articulaires d'allure bacillaire, traités pendant des mois ou des années sans résultat comme s'ils étaient atteints de tuberculose osseuse, l'évolution des lésions arrêtée net par le traitement spécifique bien appliqué, la guérison se produire complète ou avec persistance de mutilations évitables par un traitement plus précoce. A notre point de vue particulier, qui est l'étude du rhumatisme chronique d'origine syphilitique, ces erreurs sont fréquentes. On voit de malheureux impotents, souffrant tous les maux depuis des années, que le traitement appliqué au début aurait guéris : le poète Scarron en est probablement un exemple historique.

Le rôle du médecin ne se borne pas à « coller » l'étiquette de rhumatisme sur un malade souffrant de ses articulations et à lui prescrire des calmants et une saison à Aix ; à un degré de plus, il ne se borne pas à traiter une insuffisance endocrinienne qu'on devine chez lui, ou à soupçonner et combattre une tuberculose articulaire torpide et très cachée, alors que les preuves de la présence du bacille de Koch manquent : il faut encore rechercher par tous les moyens en notre pouvoir si le malade n'est pas un syphilitique, quelquefois de par ses grands parents, et si le moindre doute surgit, essayer le traitement spécifique qui parfois signera le diagnostic, pour le plus grand bien des malades qui seront stupéfaits de l'amélioration.



Introduction.

Le terme de rhumatisme est un des plus vagues qui soit. Il s'applique bien à la polyarthrite aiguë fébrile (catarrhe, fluxion, maladie à déplacements d'humeurs) dont la mobilité d'évolution en justifie l'emploi. Mais on l'étend à toute une série d'arthropathies chroniques de nature et d'origine fort diverses.

Il faut s'entendre sur les mots « Rhumatisme chronique » : les classiques emploient ces termes, mais ne les définissent guère. L'anatomie est une base fragile, les tissus reagissant de façon identique pour des causes différentes, l'étiologie est souvent discutable, la pathogénie non précisée. Pour certains auteurs, le rhumatisme chronique « comprend toutes les manifestations articulaires, limitées ou généralisées, ayant pour caractère commun leur marche lente et leur grande ténacité » (A. Laffite, *Traité de Médecine*) : on fait également rentrer dans ce cadre une série de troubles atteignant d'autres tissus que ceux de l'appareil locomoteur : rhumatisme abarticulaire (Poncet).

Il nous semble cependant, en nous plaçant au point de vue clinique, qu'il y a des différences tranchées entre une arthrite atteignant un genou par exemple et l'atteinte de plusieurs articulations se produisant simultanément ou dans un intervalle rapproché.

Dans le premier cas, dès l'abord, on parlera d'arthrite.

Dans le second, au contraire, l'idée de rhumatisme ou de pseudo-rhumatisme viendra immédiatement à l'esprit.

C'est dans ce sens que nous ferons ce modeste travail. Nous nous proposons d'étudier les formes les plus typiques de rhumatisme chronique syphilitique : les formes polyarticulaires s'éloignant des formes localisées à une seule articulation.

Pour démontrer l'affinité de la syphilis pour les articulations, il suffirait d'énumérer les innombrables manifestations de types divers qu'elle est susceptible de revêtir et qui vont des formes localisées, arthrite localisée torpide simulant la tumeur blanche, de ces formes scrofuloïdes, sur lesquelles en particulier MM. Nicolas et Favre ont insisté, jusqu'à ces manifestations articulaires multiples à lente extension, à marche torpide, qui réalisent objectivement le syndrome du rhumatisme chronique polyarticulaire et qui constituent une véritable variété de syphilis arthrophile.

Entre ces types extrêmes, on trouve des formes innombrables, variées d'aspect, variables dans leurs lésions, atteignant tous les tissus de l'articulation et les tissus périarticulaires. Tout en énumérant quelques-unes des formes fréquemment rencontrées en clinique,

nous nous arrêterons surtout à celles qui réalisent le syndrome du rhumatisme chronique. On trouvera la description des formes localisées des arthrites syphilitiques proprement dites dans les nombreux travaux auxquels le lecteur pourra se reporter. Nous citerons en particulier la thèse très documentée du Docteur Pillon, faite à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Lyon.

Etude anatomo-clinique.

I. — Arthralgies.

C'est une forme connue depuis des siècles, la plus simple. Elle s'observe fréquemment dans la période secondaire de la syphilis acquise, en pleine période secondaire, quelquefois débutant avec les accidents de même date et se prolongeant après eux, d'autres fois débutant avant les accidents secondaires, dans d'autres cas quelques mois après (Voisin, *Th. Paris*, 1875). Fournier l'a rencontrée dans la syphilis héréditaire ; mais alors elle a une allure plus aiguë.

Au point de vue anatomique, nous n'avons rien à dire. Les lésions ont probablement les caractères des lésions d'ordre inflammatoire banal. Citons Fouquet, dont ces lignes renferment plutôt des hypothèses que des constatations précises : « On peut admettre, dit-il, que les arthralgies sont dues à l'inflammation des cartilages articulaires, à des chondrites superficielles n'entraînant ni érosions, ni irritations de la séreuse articulaire, mais seulement un dépoli des surfaces articulaires ».

Dans leur forme secondaire typique, les arthralgies consistent en endolorissement de certaines articulations : par ordre de fréquence les épaules, les genoux, les poignets, les chevilles — elles sont ordinairement polyarticulaires ; un trauma ou une affection ayant atteint antérieurement une articulation peuvent cependant localiser ces symptômes à cette articulation (Morestin).

Pas d'autres phénomènes qu'une douleur spéciale sans gonflement articulaire, sans coloration ni chaleur anormale des téguments. C'est une espèce de lassitude, de courbature, atteignant les articulations quand elles travaillent, surtout quand elles commencent à travailler : souvent le mouvement les améliore comme si les articulations se « dérouillaient ». Elles sont, sans que cela soit absolument constant, plus intenses la nuit et plus intenses dans le repos.

Le Professeur Fournier a bien décrit les sensations éprouvées par les malades. « La nuit, quand je m'éveille, disent-ils, je ne puis remuer mes membres, ils sont lourds, engourdis, comme impotents, il m'est impossible de faire plier mes jointures. De même, le matin, en me levant, je suis comme paralysé, je ne puis mouvoir mes articulations, lever mes bras, me baisser pour ramasser mes chaussettes. Puis, quand je me suis forcé, alors cela va mieux, mes jointures qui étaient comme rouillées se dérouillent ; mes membres se meuvent avec moins de douleurs et plus de liberté. Finalement, au bout de quelques heures, je ne me sens plus rien de cela, et je me trouve assez bien dans le restant de la journée. Je crois alors que c'est

fini, mais la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose et tous les jours à l'avenir ». Ces douleurs peuvent durer quelques mois ; elles cèdent rapidement au traitement spécifique.

Le diagnostic est facile si l'on connaît l'existence antérieure d'accidents secondaires. Sinon, il faut rechercher les ostéalgies de cause infectieuse (tuberculose, ostéomyélite chronique) ou non infectieuse (rachitisme, ostéo-malacie), lésions médullaires ou nerveuses, néoplasme. Les arthralgies des maladies infectieuses (typhoïde) ou des intoxications (saturnisme, alcoolisme), douleurs articulaires chez les hystériques.

L'examen des articulations ne donne rien, il faut avoir recours au diagnostic général de la syphilis. Le traitement spécifique d'ailleurs tranchera rapidement les doutes.

De nombreuses observations d'arthralgies publiées par les auteurs divers ou dans les thèses variées, nous avons retenu comme sortant de l'allure habituelle, cette observation de Chenet, concernant une hérédosyphilitique, dont les douleurs furent remarquables par leur intensité.

OBSERVATION I

(Obs. XXXIV, de CHENET ; résumée)

Jeune fille de 21 ans, amaigrie, anémiée, avec mauvais état général ; elle présente des stigmates de kératite interstitielle ; elle a subi, à l'âge de 4 ans, une résection du coude droit ; à 20 ans, une résection du coude gauche.

Depuis un an et demi, elle se plaint de douleurs, douleurs vagues, atteignant la région dorso-lombaire et le membres

inférieur droit, avec prédominance au pli de l'aîne, qui avaient fait porter successivement le diagnostic de coxalgie, puis de mal de Pott ; la marche est douloureuse. Il existe une légère boiterie ; les examens ne montrent aucun signe de coxalgie ni de mal de Pott. Cette malade fut, plutôt dans un but de psychothérapie, mise dans un corset plâtré, qui n'avait apporté aucun soulagement. Devant ses plaintes continuelles, un Wassermann, pratiqué à tout hasard, fut très fortement positif. Une série de novarsnobenzol intraveineux fit disparaître les douleurs dès la troisième piqûre et transforma l'état général. Une deuxième série pratiquée un mois après permit de renvoyer la malade guérie, avec augmentation de poids et excellent état.

II. — Hydarthrose chronique.

Nous avons en vue l'hydarthrose pure de toute lésion osseuse concomitante.

C'est une manifestation fréquente de la syphilis secondaire. Il faut différencier cette forme des synovites subaiguës observées au début de cette période, avec phénomènes fluxionnaires souvent intenses : ces dernières rappellent tout à fait le rhumatisme articulaire subaigu et le Professeur Fournier les avait décrites sous le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique, bien étudié dans la thèse de son élève Vaffier en 1875.

Plus fréquentes que ces dernières sont les synovites chroniques (Fouquet, Pillon) :

23 hydarthroses pour 3 ou 4 synovites subaiguës, dit le Professeur Fournier. Plus fréquentes qu'on ne le croit, car elles sont souvent méconnues, le peu de troubles fonctionnels qu'elles entraînent ne poussant pas le malade à voir le médecin. Elles apparaissent à une période variable de l'affection : exceptionnellement très précocement après le chancre, ordinairement en pleine période secondaire, quelquefois plus tardivement. Elles frappent ordinairement plusieurs jointures, presque toujours de grosses articulations, les genoux, les poignets, les tibio-tarsiennes, localisation parfois influencée par un traumatisme ou une atteinte antérieure.

C'est également une manifestation fréquente de la syphilis héréditaire. Clément souligne dans sa thèse le fait que « malgré sa fréquence, l'hydarthrose héréditaire est souvent méconnue : elle peut être le seul signe de syphilis, sans qu'on puisse découvrir aucun stigmatisme ni déceler d'antécédents. C'est un symptôme qui peut être mis sur le même pied que les trois signes de la triade d'Hutchinson ».

Hutchinson (1857) en parle le premier, puis Clutton insiste sur la coïncidence presque constante avec la kératite interstitielle ; plusieurs auteurs s'en occupent ensuite ; parmi eux : Puech en 1901, Fouquet, Jacqueau en 1908 (*Soc. Fr. d'ophtalmologie*), Merlier (*thèse* 1917), Cantonnet (*Paris médical* 1919), qui propose d'adjoindre à la triade d'Hutchinson un quatrième signe, le signe du genou. Dupuis de la Badonnière y consacre une thèse récente.

L'hydarthrose s'observe encore fréquemment à la période tertiaire, mais dans la grande majorité des cas, comme symptôme accessoire accompagnant des lésions osseuses souvent considérables. Il semble cependant que cliniquement on doive admettre l'existence de l'hydarthrose tertiaire pure. Pillon dans sa thèse publie deux observations de ce genre ; l'une, d'Isaac Levin concerne une hydarthrose du genou datant de 7 mois, disparue par le traitement spécifique chez une femme de 35 ans ayant contracté la syphilis dans la première enfance : début par des douleurs vives, du gonflement, de la gêne des mouvements du genou. La radiographie ne montre rien d'anormal du côté du squelette ou de la capsule. La deuxième

observation de Pillon concerne un homme de 36 ans ayant eu un chancre 7 ans auparavant, atteint depuis plus de six mois d'une hydarthrose du genou droit ayant débuté également par des douleurs, celles-ci très vives, empêchant le sommeil. La radiographie ne révèle rien d'anormal au niveau du squelette.

Les lésions articulaires sont mal connues. Le Professeur Fournier n'admettait pas l'hydarthrose pure : il croyait à la coexistence d'une lésion osseuse minime, masquée par l'épanchement et inaccessible à la palpation. En l'absence de nécropsie, la radiographie aujourd'hui, nous fait voir les lésions osseuses, quand elles existent : or, les radiographies des articulations lésées sont négatives. S'il y a des cas dans lesquels il semble qu'il y ait des lésions osseuses minimales, dans d'autres cas on trouve surtout des lésions synoviales. L'observation de M. Favre (thèse Dupuy de la Badonnière est typique à cet égard.

Il existe quelques *examens du liquide articulaire*. Nous rappellerons pour mémoire celui de Griffon et Déhérain : il a été pratiqué dans une hydarthrose syphilitique secondaire ayant duré 15 jours seulement et résorbée spontanément après une deuxième ponction : liquide citrin, peu épais, peu fibrineux, avec polynucléose nette (62 polynucléaires pour 100 éléments). Les auteurs de cette analyse rappellent à cette occasion celle de Grandmaison et Boidin où le résultat fut une lymphocytose prédominante ; ils l'expliquent par ce fait que la ponction fut pratiquée à une période tardive de l'affection, où le liquide allait probablement se résorber. Ces deux faits concernant des

hydarthroses de courte durée n'entrent pas directement dans notre sujet, mais les résultats en sont à retenir.

D'autres examens nous intéressent directement. Ceux de Dominici chez un homme de 54 ans et une femme de 35 ans atteints de polyarthrite de date ancienne : ils donnent une prédominance de polynucléaires : l'affection, dès le début, avait revêtu chez ces deux malades un caractère différent : chronique d'emblée chez le premier, et aigu chez la seconde (38°5 et frissons).

L'examen pratiqué par M. le Professeur Favre lui-même, deux mois après le début, du liquide d'hydarthrose double de son malade (observation IV) est remarquable (syphilis héréditaire). Il le décrit ainsi :

Polynucléaires	50
Lymphocytes	36
Moyens Mono	10
Cellules endothéliales	4

Le caractère de conservation des éléments cellulaires est remarquable. La formule aussi est remarquable par le polymorphisme cellulaire ; à côté de lymphocytes et des moyens Mono, on remarque : quelques éléments dont le protoplasma rappelle celui des plasmazellen, des cellules qui paraissent endothéliales. Ces cellules ne sont pas lésées, mais groupées en placards ; liquide très fibrineux.

Après une nouvelle ponction le liquide est très fibrineux, et le fait le plus remarquable est qu'il contient en très grande quantité des éléments cellulaires ;

c'est une réaction bigarrée où on trouve dans le liquide :

- a) des petits lymphocytes,
- b) des mononucléaires plus volumineux à protoplasma basophile,
- c) des cellules à type de Plasmazellen,
- d) des grandes cellules endothéliales,
- e) enfin, des polynucléaires en très grand nombre.

L'épanchement contient de la fibrine et quelques globules rouges ; ces épanchements articulaires torpides ont cependant une signature inflammatoire manifeste. Nous avons donc bien affaire à une forme synoviale pure, histologiquement inflammatoire, mais sans aucune lésion osseuse, et ces faits font comprendre l'heureuse influence du traitement. »

Non moins intéressante est la formule cytologique du liquide d'hydarthrose du malade atteint de polyarthrite hérédosyphilitique tardive de Gilbert, Bénard et Fatou (Obs. XXVIII). La ponction ici fut faite sept mois après le début ; les auteurs ont trouvé :

Polynucléaires intacts	84 %
Cellules disquamées	15 %
Lymphocytes	1 %

Liquide puriforme aseptique, aucun microbe n'est décelable sur la préparation ; recherche du tréponème au Fontana-Tribondeau négative. »

Les auteurs ajoutent que pareille formule est exceptionnelle dans une hydarthrose hérédosyphilitique ; d'après les résultats précédents c'est une erreur.

Enfin, l'observation Fouquet (Obs. II) où l'examen du liquide fut pratiquée chez un malade atteint d'hydarthroses multiples (hérédosyphilis tardive) montre un liquide épais, jaune ambré, riche en albumine avec prédominance de lymphocytes ; mais ici l'examen fut fait deux ans après le début de l'hydarthrose.

Ces constatations sont très intéressantes, non seulement au point de vue anatomo-pathologique, mais encore au point de vue pathogénique.

En ce qui concerne la symptomatologie, nous n'avons rien à changer à ce que nos prédécesseurs ont écrit. Nous ne croyons pas devoir séparer la description de l'hydarthrose chronique suivant qu'elle se produit à une période différente de l'évolution de la syphilis, secondaire, tertiaire, ou héréditaire ; nous en rappellerons rapidement les caractères essentiels :

Par ordre de préférence, elle apparaît au genou, au coude, à l'articulation tibio-tarsienne, au poignet. Elle frappe le plus souvent plusieurs jointures, deux articulations homonymes, quelquefois davantage ; dans l'observation II, les genoux, les coudes, les poignets, les articulations sterno-claviculaires sont pris, mais d'une façon symétrique remarquable ; elle peut coïncider avec d'autres manifestations articulaires d'allure différente (Obs. XXVIII, Obs. XXIX).

Ordinairement, premier symptôme articulaire (Obs. II), l'hydarthrose peut survenir après des arthralgies ou du pseudo-rhumatisme plus ou moins généralisé. L'indolence est de règle ; les mouvements articulaires sont à peine gênés, pas limités, la marche pas influen-

cée, rarement il existe des douleurs assez vives pour amener une impotence marquée des articulations atteintes.

L'examen de la jointure montre les signes habituels de la présence de liquide dans l'articulation : gonflement des culs-de-sac, choc rotulien; abondant ordinairement, il forme parfois une énorme masse de liquide avec sensation de fluctuation (500 cc retirés chez le malade de Fouquet) ; le palper donne alors une sensation molle de poche remplie d'eau et gênant les mouvements. Pas d'empâtement périarticulaire, pas d'épaississement des épiphyses ni d'hyperostoses, pas d'épaississement de la capsule : chez la malade de l'Obs. XXIX, la radiographie montre de l'épaississement de la capsule : mais la lésion datait de *trente ans*.

L'évolution de l'hydarthrose chronique est lente : 7 mois, deux ans, trente ans, surtout faite de récurrences nombreuses, souvent l'hydarthrose passe d'un genou à l'autre (hydarthrose à bascule), si aucun traitement spécifique n'intervient. Avec le temps, elle disparaît sans laisser de traces, ou ordinairement avec persistance de phénomènes d'arthrite sèche, avec craquements et limitation des mouvements.

Le diagnostic positif reposera, mise à part la notion de syphilis acquise ou héréditaire chez le sujet, sur les caractères essentiels de cette hydarthrose : indolence de l'affection, marche insidieuse, prédilection pour les genoux, symétrie et bilatéralité, coexistence fréquente d'une kératite interstitielle qui peut d'ailleurs avoir précédé l'apparition de l'épanchement.

Mais on peut la confondre avec d'autres hydarthroses. L'hydarthrose tuberculeuse polyarticulaire d'abord. Les symptômes locaux sont longtemps les mêmes. Les signes fonctionnels sont peut-être plus utiles : dans la syphilis, ils sont ordinairement remarquablement réduits. La cytologie du liquide n'a guère plus de valeur : les résultats n'étant pas toujours les mêmes. L'inoculation au cobaye tranchera le diagnostic si elle est positive : sinon un doute subsiste : on voit des liquides d'hydarthrose tuberculeuse dont l'inoculation au cobaye est négative. Nous rappellerons que la réaction de Wassermann pratiquée dans le liquide d'hydarthrose syphilitique est parfois positive.

La recherche des autres accidents d'origine syphilitique, parfois si légers ou si fugaces, la recherche d'autres signes de tuberculose pourront faire pencher le diagnostic dans un sens ou dans l'autre. Souvent, on ne trouve rien de net, alors il faut toujours penser à la syphilis ; on n'a pas le droit d'attendre l'évolution, il faut recourir au diagnostic général et spécialement au traitement spécifique qui sera l'épreuve cruciale.

L'hydarthrose gonococcique peut dans certains cas rappeler l'hydarthrose syphilitique, mais dans la première les symptômes sont plus intenses, elle est plus douloureuse, le jour surtout, entraîne de l'impotence fonctionnelle, s'accompagne d'un écoulement ancien ou récent ; l'évolution se fait plus rapidement, vers l'ankylose ; l'examen de l'écoulement génital sera d'un grand secours, mais il faut se rappeler qu'un malade atteint de blennorrhagie peut également avoir la syphilis. On a signalé dans des cas aigus, il est vrai,

(M. Bónnet, *Lyon Médical* 1921), des difficultés de diagnostic considérables dues à cette coïncidence.

OGSERVATION II (Résumée)

(FOUQUET. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1913.)

Mlle M..., 21 ans, couturière. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels, au point de vue syphilitique ou tuberculeux.

Début de l'affection, il y a deux ans, par une augmentation de volume du poignet droit d'abord, puis des deux genoux, puis des coudes ; depuis, le gonflement a augmenté, gênant les mouvements.

A l'entrée, hyarthroses multiples et symétriques.

Genoux : les deux genoux sont atteints, le genou droit est globuleux, déformé par un épanchement liquide abondant, qui fait saillie jusqu'à 15 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule.

Le palper de l'articulation donne une sensation molle de poche remplie d'eau, circonférence du genou prise au bord supérieur de la rotule : 47 cm.

Genou gauche, même sensation. Les deux articulations du genou ne sont pas douloureuses, il ne semble pas y avoir de déformation ni d'épaississement des extrémités osseuses fémorales ou tibiales. Les mouvements de flexion ne sont limités que par l'obstacle dû à l'épanchement.

Poignets : Les deux poignets sont aussi le siège d'un épanchement liquide, la synoviale distendue, forme sur le dos de la main cinq tuméfactions molles dépressibles, communiquant entre elles et avec une poche située au poignet. Ces articulations sont légèrement douloureuses, les doigts se fatiguent vite à la couture, les douleurs sont même assez vives pour gêner le sommeil.

Coudes et articulations sterno-claviculaires : on constate un épanchement liquide.

La malade n'a jamais eu d'affection pulmonaire ; à un examen attentif, on constate un peu de prognathisme inférieur. des dents mal plantées, mais sans tare nette : le système pileux est très peu développé, il existe à peine quelques poils aux aisselles et au pubis. Le corps thyroïde est plutôt volumineux, fait une saillie nette ; pouls à 100 par minute ; pas de rhumatisme antérieur.

Ponction du genou droit : on retire 500 cm³ de liquide : la réaction de Wassermann est positive dans le liquide et dans le sang. La cytologie du liquide donne : lymphocytose.

Traitement par quinze injections d'hectine B, 2 gr. de KI, onguent mercuriel sur les articulations. Deux mois après, on pratique dix injections de 2 cg de benzoate de mercure. Les douleurs ont diminué dès la première série, le liquide disparaît en partie ; neuf mois après le début du traitement, toutes les articulations sont normales.

OBSERVATION III (Résumée)

(In *Thèse* de Saint-Pierre, Lyon, 1900)

Gabrielle L..., 13 ans.

Antécédents héréditaires : syphilis de la mère à 18 ans, un enfant malingre peu après la naissance, deux fausses couches, puis naissance à terme de la petite malade.

Antécédents personnels : difficile à élever, jetage abondant et constant, dentition très tardive. L'enfant a presque toujours toussé. A 10 ans, éruption du cuir chevelu, avec alopecie, affection oculaire ; à 13 ans, affaiblissement de l'ouïe ; depuis longtemps, douleurs dans les jambes, exacerbées la nuit, céphalées intenses.

Affection actuelle : débute à 11 ans, par les genoux, qui se gonflèrent ; marche simplement gênée. Le traitement ioduré et mercuriel fait presque complètement disparaître l'épanchement.

Depuis six mois, avant l'entrée, les genoux sont le siège d'une hydarthrose assez marquée à gauche, sans autre symptôme que la fluctuation et le choc rotulien. Traitement par KI

et frictions mercurielles. La malade sort presque complètement guérie.

Six mois après, récurrence, guérie par des injections de calomel.

Huit mois après, arthralgie de la tibio-tarsienne gauche, au coude droit hydarthrose, un peu de liquide aux genoux. A l'exploration, on ne trouve aucun point douloureux, pas d'épaississement des épiphyses. Les mouvements sont conservés et non douloureux. Mais, pendant leur exécution, on perçoit à la main des craquements très intenses, entendus même à distance ; la malade ne suit pas son traitement depuis plusieurs mois.

OBSERVATION IV

(de M. le Professeur FAYRE, in *Thèse DUPUY DE LA BADONNIÈRE*)

Jeanne-Rose B..., 16 ans, couturière, entre le 11 décembre 1919, vient parce que, depuis un an, ses genoux ont augmenté de volume.

Antécédents héréditaires : Père mort à 41 ans, au retour de captivité. Mère morte à 39 ans d'affection indéterminée. Deux frères et une sœur en bonne santé. Pas d'autres enfants morts en bas âge.

Antécédents personnels : La malade a eu la rougeole, la coqueluche dans l'enfance, pas de rhumatisme ni de chorée, des adénopathies cervicales bilatérales à l'âge de 10 ans, disparues spontanément. Jamais d'otorrhée ni de troubles auditifs.

A 11 ans, troubles visuels, difficulté de voir les objets éloignés. Au bout d'un an, la vue redevient normale. La malade n'a jamais eu de bronchite, elle fut réglée à 13 ans, régulièrement, eut la grippe en 1918, guérie en quinze jours.

En décembre 1918, elle commence à souffrir des deux genoux, la marche est pénible, la station debout également ; il lui devient impossible de plier les genoux pour se baisser ; ces symptômes demeurent les seuls, pas de fièvre, pas de trouble de l'état général ; deux à trois jours après le début des accidents, la malade, après une marche un peu longue,

constate que ses genoux grossissent des deux côtés ; tuméfaction plus marquée sur la face externe de la jointure ; il y a des craquements à la flexion. Malgré cela, la malade continue son travail ; d'ailleurs, dans les mois qui suivent, les symptômes demeurent les mêmes.

Il existe une simple gêne au cours de la marche, parfois cependant il se produit des lancées douloureuses, interrompant le sommeil ; le matin, au réveil, les genoux sont engourdis et, au moment du lever, craquent violemment.

En août 1919, la malade consulte un médecin, qui lui conseille le repos et des applications de teinture d'iode. Aucune amélioration ne se produit ; au contraire, depuis quelques mois, la malade souffre davantage, marche difficilement, elle entre alors à l'hôpital.

A l'entrée, on constate un hydarthrose double.

Inspection : les articulations son globuleuses, avec saillies des méplats articulaires, la peau est de coloration normale.

Palpation : pas d'élévation de température locale, pas d'épaississement de synoviale ; on constate du liquide abondant, le choc rotulien est perçu, pas de corps étrangers articulaires ni de fongosités.

Le palper n'est pas douloureux, il n'y a pas de points osseux douloureux, cependant, en dehors de l'articulation, au milieu de l'interligne articulaire, la pression provoque une légère douleur ; l'extension est normale, mais la flexion s'arrête à angle aigu.

Il n'existe pas de laxité articulaire, on constate une crépitation nette au niveau des culs-de-sacs quadricipitaux et latéro-rotuliens ; on constate également l'absence de déformation osseuse et d'hypérostoses, d'atrophie musculaire, des douleurs au repos ; la nuit, la malade souffre de douleurs lancinantes, rien aux autres articulations.

Autres organes : L'examen ne montre rien à signaler, les réflexes sont normaux, la dentition est normale, mais les incisives présentent une échancrure au milieu de leur partie inférieure ; on ne trouve pas d'autres signes de spécificité.

Le 16 janvier 1920, on pratique, che M. le Professeur Villard, une ponction du genou droit, qui ramène 50 cm^3 de liquide filant, visqueux, clair, non coloré. Immobilisation pen-

dant trois semaines du membre inférieur droit, dans une gouttière plâtrée. Cytologie. La réaction de Wassermann dans le liquide est positive.

Le 30 janvier : ponction du genou gauche ; immobilisation de quinze jours.

Le 20 mars 1920, la malade ayant recommencé à marcher, le liquide apparaît de nouveau dans les deux articulations ; pas d'atrophie musculaire. Il semble qu'il y ait une certaine amélioration au niveau du genou gauche qui est moins volumineux, mais douloureux.

Le 27 mars, on ponctionne de nouveau les deux genoux et on applique un plâtre.

Le 5 août 1920, on constate une amélioration progressive au point qu'on peut parler actuellement de guérison complète ; les genoux ont repris leur forme normale. Il persiste de légères crépitations neigeuses et des mouvements de latéralité assez étendus. La marche est facile, la malade a pu danser, fléchir en avant, sans gêne, les talons peuvent être mis au contact des fesses.

L'état général est excellent. On trouve des dents d'Hutchinson typiques, le palais est ogival.

Le traitement consiste en 2 gr. 40 de navarsenobenzol en quatre semaines.

La cytologie a été faite par M. le Professeur Favre, polynucléose: voir plus haut, page 24.

OBSERVATION V

(DOMINICI, résumée in *Thèse PILLON*)

Chez un homme de 54 ans et une femme de 35 ans évoluent une polyarthrite de date ancienne, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; les articulations atteintes présentent une tuméfaction de consistance molle et fluctuante, avec phénomènes inflammatoires très limités : augmentation nocturne des douleurs, intégrité des surfaces contrôlée à la radiographie ; le liquide contient des leucocytes à prédominance polynucléaire et quelques hématies. L'ensemencement

et l'inoculation de ce liquide sont négatifs ; épreuve de la tuberculine négative.

Dans le premier cas, l'affection, dès le début, a revêtu un caractère chronique ; dans le second, le début a été aigu (38°5 et frissons).

Par un traitement spécifique, épanchement, douleurs, fièvre disparaissent rapidement.

Outre ces observations typiques, on trouvera également de beaux exemples d'hydarthrose dans l'Obs. XXIV et Obs. XXVIII, où elle est associée à des manifestations articulaires d'allure différente.

III. — **Arthrite sèche.**

C'est là une forme fréquente de rhumatisme syphilitique chronique et une forme typique, à symptômes persistants parfois fort longtemps, indéfiniment pourrait-on dire ; la différenciation en est difficile, car elle est souvent consécutive à des lésions ayant évolué depuis longtemps et la pierre de touche, le traitement spécifique, a une action douteuse ; quoi qu'il en soit, elle existe certainement (Fournier, Steinberg) ; elle survient après une poussée de pseudo-rhumatisme aigu ou subaigu ; par exemple, dans l'observation de M. Favre, elle se manifeste par une légère crépitation neigeuse ; dans l'observation III, il est dit : « Les mouvements spontanés ou provoqués ne sont pas douloureux, mais pendant leur exécution, on perçoit

à la main des craquements très intenses entendus même à distance ». On voit que les symptômes objectifs peuvent être très réduits ou très intenses; elle se voit quelquefois d'emblée sous sa forme chronique : elle se manifeste alors par les signes habituels de l'arthrite sèche fréquente chez les syphilitiques anciens; craquements, limitation des mouvements, parfois douleurs vives entraînent une impotence fonctionnelle absolue.

A notre connaissance, aucun examen anatomique ni radiologique n'a encore été fait dans ces cas et les lésions ne sont pas connues.

Pratiquement, ces arthropathies durant si longtemps sont ordinairement confondues avec ces craquements articulaires si souvent perçus chez les sujets qualifiés « d'arthritiques ».

IV. — **Forme gommeuse : pseudo-tumeur blanche syphilitique.**

Nous sommes ici en présence de manifestations chroniques de la syphilis articulaire dues à l'existence de gommes dans les tissus de l'article. Tout à fait typiques, longuement décrites dans les traités classiques, revues dans les thèses récentes (Méricamp, Fouquet, Pillon, Dohen), elles ne prêtent guère à discussion : Pillon en fait dans sa thèse une étude soigneuse.

Il distingue deux groupes : les formes typiques comprenant une forme osseuse pure ou avec épanchement et une forme synoviale ; et des formes atypiques, ces dernières résultant de l'évolution des précédentes.

Il est difficile d'être fixé sur la fréquence de ces arthropathies gommeuses. Dans la syphilis acquise, elles seraient assez rares ; Fournier, dans sa clientèle urbaine, ne trouve, sur 5.000 sujets, que 24 hommes et 6 femmes. Chiffres certainement au-dessous de la réalité, ajoute-t-il. Les accidents apparaissent surtout de la huitième à la vingtième année après le chancre initial. La forme synoviale serait plus rare et se montrerait à une période relativement précoce : 5 à 8 ans après le chancre.

Dans la syphilis héréditaire, ces lésions s'observent beaucoup plus fréquemment, plus qu'on ne le croit, beaucoup d'enfants étant considérés comme porteurs de tumeurs blanches tuberculeuses et guérissant par le traitement habituel, qui sont des hérédos-syphilitiques. La localisation est la même que dans la syphilis acquise, les deux genoux, le coude, la hanche, la tibio-tarsienne par ordre de fréquence (Fouquet). Les lésions anatomiques sont bien connues, plusieurs autopsies ayant pu être pratiquées (Lancereaux 1863, Méricamp 1882, et plusieurs à l'étranger). Gangolphe en a fait une description complète.

Nous croyons devoir passer rapidement sur la description de ces formes si classiques.

1° *Ostéo-arthrite : pseudo tumeur blanche syphilitique.*

Elle évolue en trois périodes : après un début insidieux, lent, progressif, se produit de l'ostéite caractérisée par des douleurs, tantôt spontanées à prédominance nocturne, tantôt provoquées par la pression en quelques points ; peu à peu se produit l'hyperostose épiphysaire, les douleurs persistent, les mouvements ne sont pas gênés. A la troisième période, l'hyarthrose apparaît : l'articulation augmente encore de volume ; cette augmentation est due à l'épaississement de la synoviale et à la production d'un épanchement à son intérieur ; à la palpation on sent les extrémités osseuses augmentées de volume, la synoviale est épaissie par endroits. Les mouvements sont limités, moins qu'on ne s'y attendait. On ne sent pas de fongosités dans l'articulation ; l'état général du sujet est généralement atteint par suite des insomnies dues aux douleurs ostéocopes et encore aux atteintes syphilitiques viscérales concomitantes. A cette période surtout on peut confondre l'affection avec une tumeur blanche tuberculeuse.

A la première période, le diagnostic est à faire avec les divers pseudo-rhumatismes infectieux ; les douleurs nocturnes sont caractéristiques.

A la troisième période, le diagnostic se pose surtout avec la tumeur blanche tuberculeuse et quelquefois il est fort difficile ; les signes caractéristiques : peu de douleurs, pas de limitation des mouvements, peu de signes généraux, pas d'adénopathie, peuvent manquer, et on pense alors à la tuberculose. Un seul symptôme est caractéristique et constant, c'est l'épaississement épiphysaire qui est rare dans la tuberculose.

2° *Périsynovite gommeuse de Lancereaux.*

Caractérisée par le blindage de la synoviale, par places seulement ; nous n'en dirons rien, elle est mono-articulaire.

Le diagnostic de la forme osseuse se fait surtout par le diagnostic général de la syphilis chez le sujet et par le traitement d'épreuve.

V. — Rhumatisme déformant.

Cette dénomination comprend un ensemble de troubles articulaires caractérisés par leur évolution prolongée, torpide, leur marche progressive, l'intensité variable des phénomènes subjectifs, surtout par l'importance des déformations articulaires entraînant des troubles considérables dans le fonctionnement des articules, amenant peu à peu les malades à l'impotence absolue. Les phénomènes morbides ont encore pour caractéristique d'atteindre un grand nombre d'articulations : il existe cependant des formes localisées.

- Le rhumatisme déformant est une forme bien plus mal connue que les précédentes et prêtant encore à discussion. Méricamp (thèse 1882) l'a signalé le premier. Il en cite deux cas ; le Professeur Fournier l'étudie plus longuement ; d'Anjou ne l'isole pas des ostéo-arthropathies avec épanchement ; Gangolphe également. Métayer en rapporte quelques cas ; Fouquet lui consacre un article dans sa thèse. Ces auteurs ont en vue la forme mono-articulaire particulière à la syphilis héréditaire.

Plus récemment s'est fait jour la notion que la syphilis était encore souvent l'origine de cette forme si particulière de rhumatisme déformant polyarticulaire qui rappelle tout à fait le rhumatisme chronique déformant vulgaire. A cette conception s'attachent surtout les noms d'Ed. Fournier d'abord ; il a montré

son existence dans la syphilis héréditaire, donnant comme un de ses caractères essentiels de débiter dans le jeune âge, parfois dans le tout jeune âge, et même au cours de la vie fœtale. Puis, en première ligne, parmi les autres auteurs qui se sont occupés de la question, nous devons citer le Docteur Dufour qui depuis 1915 à la *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, par plusieurs communications a mis en évidence l'existence de cette forme chez l'adulte ; son élève Geismar a consacré une thèse récente à cette question ; plusieurs des observations qui nous ont servi pour notre travail sont consignées dans sa thèse.

Il nous faut donc dès l'abord examiner deux formes bien distinctes anatomiquement et cliniquement : le rhumatisme épiphysaire ostéophytique et le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant (forme Dufour et Geismar).

A) **Rhumatisme déformant épiphysaire ostéophytique.**

Il correspond à ce que le Professeur Fournier et Méricamp, dans sa thèse, ont décrit sous le nom d'arthropathie déformante, à ce que Ed. Fournier appelle arthrite ostéophytique. D'après ces auteurs, c'est une forme particulière à la syphilis héréditaire ; on peut la voir paraître précocement, à quelques mois (Lannelongue 2 mois 1/2), mais elle est plus fréquemment une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. L'Observation VI indique le début à 30 ans.

Anatomiquement, cette forme est caractérisée par une déformation extraordinaire de l'épiphyse, sur laquelle poussent pour ainsi dire des végétations ostéophytiques qui bourgeonnent à l'aventure, avec toutes les bizarreries possibles et qui sont, les unes péri-articulaires, les autres intra-articulaires ; il en résulte des lésions cartilagineuses surtout érosives (Pillon). Dans l'Obs. VI, la radiographie a été faite ; elle a permis de constater les productions osseuses exubérantes des épiphyses radiales et cubitales, des taches claires de décalcification disséminées sur les différents os du carpe et sur les deux épiphyses inférieures de l'avant-bras ; un effacement partiel des interlignes articulaires métacarpo-carpien, inter-carpien, radio-carpien, des lésions analogues au niveau des doigts et des orteils, et également des productions ostéophytiques au niveau des coudes (bec de la coronoïde, face postérieure de l'olécrane épicondyle), bien que les mouvements de l'articulation des coudes soient normaux des deux côtés. Ces ostéophytes épiphysaires sont retrouvés à *distance* des lésions articulaires.

Les lésions atteignent les coudes avec prédilection, les genoux avec une fréquence moitié moindre, rarement les poignets et les doigts. Dans l'observation citée nous avons vu cependant que les coudes, les poignets et les doigts sont **pris**.

Le début est insidieux passe inaperçu et ne se signale par aucun symptôme attirant nettement l'attention : la malade de l'observation, depuis 25 ans, ressentait seulement une sorte de lourdeur aux pieds, des picotements ; les déformations, à ce niveau,

n'étaient apparues que depuis un an seulement; depuis 21 ans, elle présentait au niveau des doigts et des poignets des sensations de gêne, de fourmillement.

L'examen permet de constater les déformations qui sont typiques : c'est l'augmentation de volume de l'épiphyse constituée par une série de bourgeonnements capricieux; on peut observer, à ce moment, quelques douleurs vagues.

Lorsque la déformation est constituée, ces ostéophytes constituent des obstacles matériels à l'exercice des mouvements; d'autre part, ils ne laissent pas de réagir sur la synoviale, les cartilages, les ligaments et de créer des lésions secondaires dont l'anatomie pathologique est indéterminée (A. Fournier). Ces lésions secondaires, à leur tour, entraînent des troubles fonctionnels : craquements articulaires (qui ont manqué chez la malade en question), attitude vicieuse, parfois ankylose vicieuse ou non, quelquefois atrophie musculaire localisée.

Les mouvements articulaires actifs ou passifs (à part naturellement ceux des articulations ankylosées) se font facilement et sans aucune douleur. A signaler que, chez la malade de l'Obs. VI, on constatait également une ébauche de *rétraction de l'aponévrose palmaire*.

L'évolution de cette variété de rhumatisme est longue.

Le pronostic est sérieux au point de vue fonctionnel.

Le diagnostic en est facile : la forme est typique. Les affections avec lesquelles on pourrait la confon-

dre sont rares ; les hyperostoses ostéogéniques de croissance apparaissent dans l'enfance ; elles ne sont pas assez volumineuses pour gêner les mouvements.

OBSERVATION VI

(HARVIER et DECOURT, rhumatisme chronique déformant, chez une femme hérédo-syphilitique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 30 novembre 1923.)

Mme B..., âgée de 51 ans, est une hérédo-syphilitique, bien que la réaction de Bordet Wassermann soit négative. Les os du nez sont effondrés. Cicatrices blanchâtres, dépigmentées, de processus ulcéreux ayant détruit en partie l'oreille droite ; cicatrices analogues sur la pommette droite et sur la face dorsale du poignet. Taies de la cornée, strabisme de l'œil droit, secousses nystagmiformes bilatérales dans le regard latéral gauche. Les incisives supérieures sont striées transversalement. Rhinite atrophique avec ozène. Elle a eu deux grossesses, terminées l'une par une fausse couche de quatre mois, l'autre par un accouchement prématuré à sept mois (fœtus mort). Deux enfants sont nés à terme et sont morts en bas-âges, une seule fille, âgée de 25 ans, est actuellement vivante.

On constate, chez cette femme, des lésions de rhumatisme chronique, déformant, localisées aux mains et aux pieds.

C'est à l'âge de 26 ans que paraissent avoir débuté les manifestations rhumatismales. Blanchisseuse, semblant avoir souffert de maintes privations, la malade commence à ressentir, après les fatigues de la journée, une sensation de lourdeur, avec picotements aux pieds, mais cependant la déformation de ceux-ci ne date que d'un an. C'est à 30 ans qu'elle commence à souffrir des mains. Elle n'eut jamais, d'ailleurs, de véritables crises douloureuses : elle éprouvait plutôt une sorte de gêne, et comme une sensation de fourmillements dans les doigts et les poignets, et après le repos de la nuit, la malade reprenait sans peine son travail. Dès le début de ses douleurs, les doigts ont commencé à se déformer

pour aboutir à l'état actuel. Cependant, la malade n'a cessé de travailler qu'en juin 1923.

La main gauche est légèrement déviée vers le bord cubital. Des deux côtés, les phalanges sont en extension sur les métacarpiens, les phalanges sont fléchies sur les phalanges, les phalangettes sont fléchies sur les phalanges.

Les articulations des première et deuxième phalanges et celles des deuxième et troisième sont augmentées de volume et déformées par suite de l'hypertrophie des épiphyses ; par contre, les articulations métacarpo-phalangiennes sont indemnes. Le pouce droit semble amputé d'une partie de sa deuxième phalange, mais présente cependant un ongle rudimentaire (cette déformation daterait de l'enfance).

Le pouce gauche est comme soufflé au niveau de l'articulation interphalangienne complètement ankylosée, le dos de la main est légèrement excavé et dans la paume s'ébauchent des rétractions tendineuses avec *adhérences de la peau à l'aponévrose*.

Malgré ces déformations, tous les mouvements articulaires (sauf ceux de la troisième sur la deuxième phalange) sont possibles, faciles, et absolument indolores.

Seule l'extension complète des articulations phalango-phalangiennes est impossible.

Sur les *radiographies*, on constate la présence d'hypérostoses épiphysaires au niveau des articulations des première et deuxième phalanges, et des deuxième et troisième phalanges et un effacement de l'interligne phalango-phalangien, avec pénétration des têtes épiphysaires, sauf au niveau du pouce et de l'index.

Une exostose volumineuse coiffe la partie interne de la tête de la première phalange du pouce du côté gauche ; la deuxième phalange du pouce droit est en partie détruite et paraît abrasée au-dessus de sa base.

Les articulations radio-carpiennes sont également intéressées.

Les poignets sont déformés, transversalement élargis par l'hypertrophie des épiphyses radiales et cubitales surtout de la styloïde cubitale, qui est saillante et exubérante et un peu douloureuse à une pression forte.

L'ankylose est presque complète. Au point de vue radiologique, on note :

1° Un effacement partiel des interlignes articulaires (méta-carpo-carpien, inter-carpiens, radio-carpiens).

2° Des productions osseuses exubérantes des épiphyses radiales et cubitales. Le bord externe de l'extrémité inférieure du cubitus droit en particulier, présente une épine osseuse qui vient au contact de l'épiphyse radiale.

3° Des taches claires de décalcification disséminées sur les différents os du carpe et sur les deux épiphyses inférieures de l'avant-bras.

Les pieds sont très déformés, surtout le droit. Ils sont tassés, raccourcis et rappellent un peu le pied cubique tabétique. Hallux valgus bilatéral très accentué, orteils en hyperextension.

Tous les mouvements actifs, sauf ceux des dernières phalanges sont libres et s'exécutent sans craquement. Mais la radiographie montre des lésions (ostéophyte et pénétration des surfaces osseuses) également localisées sur les articulations interphalangiennes et phalango métatarsiennes.

L'examen des viscères et du système nerveux est négatif. Pas de tuberculose. Tension art. 11,6 (Vaquez).

B) Rhumatisme noueux syphilitique

Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant

Nous appelons cette forme rhumatisme noueux, parce qu'elle se rapproche cliniquement de la maladie de Charcot, et pour la distinguer de la forme précédente. Le terme de rhumatisme poly-articulaire chronique déformant nous paraît insuffisant, parce qu'un peu vague.

Son existence est, à l'heure actuelle, encore fort discutée.

Les traités classiques, mêmes récents, n'en parlent pas : Mouriquand et Michel, *in* Traité de Sergent, XXIII, Teissier et Roque, Mayet, *in* traité Gilbert et Carnot, 1924, se refusent à admettre son origine syphilitique. Ed. Fournier lui consacre un article dans le traité de Sergent XX : il rappelle ses travaux antérieurs; il en fait l'apanage de la syphilis héréditaire. Dohen émet le même avis. Mme Geismar l'étudie dans sa thèse et semble également en voir l'origine plutôt dans la syphilis héréditaire précoce ou tardive. Nous en reprendrons l'étude en nous aidant de plusieurs observations utilisées par elle et d'observations plus récemment parues nous permettant d'essayer de compléter quelques points.

Le rhumatisme poly-articulaire chronique déformant s'observe chez des malades d'âge fort divers. Sur 23 observations où était noté l'âge du début, nous le trouvons, dans 8 cas, rapporté aux premières années quelquefois très tôt (Docteur Moncorvo, 2 mois, Observation X).

Puis, à partir de l'adolescence, les dates d'apparition s'étagent assez régulièrement, jusque vers 45 ans. Sept malades ont vu leur affection débuté entre 14 et 22 ans ; rarement très tardivement, 58 à 60 ans. Ces derniers cas rentrent bien dans le cadre du rhumatisme nouveau. Pour Mme Geismar, l'affection commencerait avec une grande fréquence chez les femmes à l'âge de la ménopause.

Il est souvent difficile de savoir si la syphilis acquise ou héréditaire est en cause. Maintes observations ne le mentionnent pas. Quelques-unes notent

des signes indiscutables de syphilis héréditaire : des stigmates dentaires ou ophtalmoscopiques, des dystrophies osseuses, du nanisme, ou même du pemphigus quelques jours après la naissance, ou encore la syphilis chez les parents. Celle du Docteur Barthélemy (Obs. IX) est intéressante à cet égard : le père était un hérédo, le grand-père un syphilitique avéré. Dans d'autres observations, on trouve noté la polythalité des frères ou sœurs : 9 morts en bas âge, des stigmates chez les frères ou sœurs d'âge voisin du malade.

De rares observations indiquent la syphilis acquise. Un chancre huit ans auparavant, Obs. XVIII, la syphilis chez le conjoint (Tabes ou P. G., observation personnelle), ou des accidents probablement d'origine spécifique (aortites). Beaucoup ne mentionnent aucun signe de syphilis. A la base des manifestations articulaires, il faut alors invoquer une syphilis ne donnant aucun accident notable, évoluant de façon torpide, atténuée.

Dans l'ensemble, l'affection atteint plutôt le sexe féminin et paraît, dans la grande majorité des cas, due à la syphilis héréditaire.

Dufour, dès 1915, avait énoncé la même opinion. Il dit ceci : « J'ai tendance à croire que la syphilis dont il s'agit est de nature atténuée, en ce sens que les manifestations rhumatismales éclatent chez des syphilitisés d'ancienne date, de préférence chez ces hérédo-syphilitiques qui franchissent sans encombre les quinze ou vingt premières années de leur existence, et chez toutes ces femmes qui, syphilitisées par

la conception d'un enfant né de père soi-disant guéri, sont capables de faire des manifestations atténuées d'une maladie qu'elles ignoreraient toute leur vie, mais dont nous trouverons la preuve chez leurs descendants : Wassermann positif chez l'enfant, négatif chez la mère. » Il précise, en 1921 (Dufour et Ravina) : « Cette forme est pour nous fonction de syphilis atténuée (rarement acquise), de cette syphilis latente, froide, pourrait-on dire, évoluant à bas bruit, sournoisement, comme chez les hérédo-syphilitiques ou les femmes infectées par la conception ».

Le début se fait le plus souvent par les petites articulations des mains ou plus rarement des pieds. Quelquefois, les grandes articulations, les genoux surtout, sont pris les premiers : il n'y a pas de différence à faire chez l'enfant et chez l'adulte. L'Observation VII, de Fournier, signale le début par les genoux chez une enfant de 8 ans; l'Observation XV indique ce même début chez une enfant de 2 ans ; mais nombre d'autres observations marquent comme siège des premières lésions chez les enfants les petites articulations des mains.

Le début s'annonce quelquefois par des crises articulaires douloureuses ; elles peuvent atteindre toutes les articulations (Obs. XII) ; puis les déformations apparaissent, localisées à un segment de membre ; plus généralement, ces douleurs sont d'emblée localisées au segment qui sera le premier déformé ou tout au moins atteignent un petit nombre d'articles, puis, quelque temps après, attaquent un autre segment, et ainsi de suite.

Ces douleurs sont variables comme intensité ; elles sont souvent intenses : l'observation de Fournier les déclare excessives ; l'Observation XI dit que l'enfant reste immobile, redoutant tout contact ; l'Observation XXI, personnelle, concernant une femme âgée, les déclare très vives, arrachant des cris à la malade, avec phénomènes inflammatoires intenses et atteignant un grand nombre d'articulations. L'Obs. XII les montre immobilisant le malade au lit pendant dix mois ; mais, ordinairement, elles ne semblent pas avoir une telle intensité.

Les douleurs sont continues ou procèdent par crises successives ; elles peuvent s'accompagner de fièvre (Obs. XII), mais ce fait est rarement signalé ; elles s'accompagnent souvent de petites poussées hydarthrosiques sur les articulations atteintes (Geismar) ; les crises se reproduisent à des intervalles parfois éloignés (Obs. XIV) ; mais, dans l'ensemble, le début est le plus souvent marqué seulement par quelques douleurs au niveau des orteils ou des doigts, accompagnées de gonflement progressif de l'articulation. Par la suite, ce gonflement se résorbe et il subsiste des déformations ; celles-ci sont dues à la rétraction des tissus péri-articulaires, des tendons musculaires, produisant des subluxations des surfaces articulaires ; elles augmentent progressivement. Ces lésions sont symétriques aux extrémités ; les petites articulations des deux mains ou des deux pieds sont prises ensemble. Les grandes articulations sont atteintes successivement, mais, au bout d'un certain temps d'évolution, les lésions, là encore, deviennent semblables pour les

articles homonymes ; elles progressent, en général, de l'extrémité distale du membre à sa racine.

A la période d'état, les lésions articulaires sont bien caractéristiques : elles sont prédominantes aux mains et aux pieds, les doigts sont tordus en ligne brisée se rapprochant du type de flexion de Charcot, rejetés « en coup de vent » vers le bord cubital de la main ; les articulations métacarpo-phalangiennes sont augmentées de volume ; aux pieds, les gros orteils en Hallux valgus chevauchent les autres orteils ; les poignets sont déformés et hypertrophiés, surtout sur la face dorsale. Les autres articulations sont plus ou moins prises, quelquefois presque toutes.

A l'examen, ces articulations douloureuses spontanément, le sont également à la palpation. Les mouvements spontanés sont pénibles, incomplets, douloureux ; les mouvements provoqués, lorsqu'ils dépassent une certaine amplitude, éveillent de vives douleurs. Dans l'Observation XVI, ces symptômes atteignaient une telle intensité que la malade ne pouvait faire un mouvement et qu'on ne pouvait faire son lit. Les muscles sont rétractés, atrophiés ; au bout de quelques mois ou de quelques années, les surfaces articulaires se subluxent. Aux pieds, on peut observer le pied plat (Obs. XIII) ; plus tardivement, peut survenir une ankylose plus ou moins complète.

Cette évolution se fait en un temps variable, toujours prolongé : dans l'observation de Fournier, le malade étant confiné au lit pendant dix mois consécutifs au début, voyait ses lésions progresser depuis huit ans. A examiner les observations, on trouve des

durées considérables, 16 ans, 25 ans. Cette évolution est progressive ; on peut observer des rémissions.

A une période avancée de la maladie, par suite de l'extension des lésions, les malades, devenus incapables de se mouvoir, complètement impotents, incapables de se nourrir eux-mêmes, confinés au lit, en proie à des douleurs physiques et morales de tout ordre, tombent dans un état lamentable : ils sont emportés par une infection intercurrente ou finissent dans la cachexie terminale.

La *radiographie* montre des lésions articulaires importantes. Les extrémités osseuses articulaires ne sont pas augmentées de volume (Geismar), contrairement à ce que l'examen purement clinique pourrait faire croire ; mais on observe une décalcification générale des épiphyses atteintes (Obs. XV), qui donnent une image un peu floue et qui ont des contours irréguliers : les subluxations sont très visibles ; les espaces inter-articulaires sont souvent réduits, si peu visibles qu'on se demande si on ne peut pas affirmer une ankylose osseuse, ceci à une période déjà avancée. Dans des cas nets (Obs. XX), ils ont complètement disparu et les os sont soudés entre eux.

Quelques symptômes associés sont observés parfois : des stigmates de syphilis héréditaire, des dystrophies générales, du vitiligo, du psoriasis (Dufour). Les lésions cardio-artérielles ne sont pas rares : (Dufour), rétrécissement mitral ; (Obs. XVIII), lésion mitrale avec prédominance de rétrécissement ; (Obs. XII), souffle d'insuffisance aortique ; (Obs. XVI), double souffle aortique.

Dans plusieurs observations (Obs. XII, Obs. XIII), on note des réflexes tendineux vifs ou exagérés et même de la trépidation épileptoïde.

Enfin, dans l'Observation XX, fort intéressante, de Finck, surajoutés aux symptômes articulaires, existent des phénomènes morbides d'origine thyropara-thyroïdienne, dont nous aurons à reparler; car ces faits sont très intéressants au point de vue de la pathogénie du rhumatisme nouveau syphilitique.

Le *diagnostic* positif est celui du rhumatisme déformant en général. Nous n'avons pas à le discuter ici : dans les formes localisées aux extrémités, par exemple, il mérite parfois d'être étudié de près. Mais ce qui nous intéresse, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'un rhumatisme nouveau, de pouvoir reconnaître son origine syphilitique.

Le rhumatisme déformant non syphilitique apparaît vers la quarantaine, souvent plus tard. On n'observe pas, au début, ces phénomènes douloureux souvent intenses, fréquents dans le rhumatisme nouveau syphilitique. Ce sont simplement des sensations de fourmillement et d'engourdissement dans les extrémités qui vont être atteintes, sans prédominance nette au niveau des articulations.

Les atteintes articulaires successives se font avec une symétrie plus marquée, d'une façon progressive, plus régulièrement envahissante. La radiographie donne d'utiles renseignements : dans le rhumatisme déformant non syphilitique, les lésions proprement articulaires sont précoces (Barjon, Desternes), les extrémités osseuses sont augmentées de volume ; il y

a un empâtement général et surtout une disparition de la bande claire donnée normalement par le cartilage articulaire : les extrémités osseuses sont en contact immédiat, comme soudées ensemble, tassées. Cette destruction rapide du cartilage articulaire, cet accollement, cette pénétration des têtes osseuses qui s'élargissent par refoulement réciproque (Desternes) ne s'observent pas si tôt dans le rhumatisme noueux syphilitique; ce sont des lésions très tardives. Nous avons là quelques éléments qui peuvent, par leur ensemble, servir à distinguer ces deux affections. Nous ajouterons l'étude de la tension artérielle : elle est normale ou plutôt élevée dans le rhumatisme noueux syphilitique, plutôt basse dans le rhumatisme déformant vulgaire.

Mais il est des cas difficiles ; le début peut être tardif ; d'autre part, lorsque les lésions ont évolué plusieurs années, ces différences tendent à s'effacer. Les modalités du début s'estompent dans les souvenirs du malade. Enfin, le rhumatisme déformant banal a été observé chez les enfants, et, dans ce cas (Mouriquand), il suit une marche plus aiguë et plus évolutive. Les atteintes articulaires sont plus rapprochées, les rémissions moins longues. L'évolution est moins progressive et moins régulièrement envahissante ; elle reste souvent stationnaire ; les lésions articulaires observées à la radiographie sont moins intenses et moins diffuses, tous caractères qui rapprochent le rhumatisme déformant de l'enfant du rhumatisme noueux syphilitique.

Mais ici, les stigmates d'hérédo-syphilis peuvent être

d'un grand secours, spécialement les stigmates oculaires; le Docteur Galezowski (*discussion de la communication de Fournier, Société Dermat. et Syphiligraphie*, 1901), insiste sur leur recherche : « Dans ces affections dues à la syphilis héréditaire, dit-il, il faut chercher toujours l'aspect ophtalmoscopique de la choroïde ; presque toujours, on trouve des atrophies choroïdiennes disséminées, qui sont le signe caractéristique de la syphilis héréditaire ou acquise. » Si on ne trouve rien de net, il faut recourir au diagnostic général, c'est-à-dire fouiller les antécédents personnels, collatéraux, héréditaires du sujet, et, en dernier ressort, faire le traitement d'épreuve.

Un affection a de multiples points de ressemblance avec le rhumatisme poly-articulaire déformant syphilitique : c'est la polyarthrite déformante tuberculeuse; la tuberculose, d'ailleurs, serait une facteur fréquent de cette forme chronique de rhumatisme infantile (Mouriquand). Cette forme de rhumatisme tuberculeux, telle que la décrivent Poncet et Leriche, se produit chez des malades atteints de tuberculose peu virulente et se voit à tout âge ; l'aspect clinique, en particulier le début qui peut se signaler par des douleurs aiguës, l'évolution moins nettement progressive et envahissante que le rhumatisme chronique déformant ordinaire, le rapprochent singulièrement du rhumatisme syphilitique ; la différenciation radiographique ne paraît pas possible. Bérard et Destot, Barjon décrivent :

« Au début du processus dans les têtes des phalanges, des îlots blanchâtres, isolés les uns des autres et

dus à la raréfaction irrégulière du tissu osseux par « l'infiltration bacillaire », etc., la disparition du cartilage est tardive ; dans tous les cas, le gonflement des parties molles est, plus que les troubles osseux, le principal facteur des déformations. » Le diagnostic semble donc bien difficile et de multiples erreurs doivent certainement être commises ; le traitement spécifique doit être, là encore, dans les cas où l'origine n'est pas évidente, une épreuve qu'il faut tenter et qui, souvent, par la disparition rapide des douleurs et des phénomènes articulaires, signera le diagnostic.

E. FOURNIER.

*Du Rhumatisme chronique déformant
comme manifestation possible de l'Hérédo-Syphilis.
(Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1901.*

OSBSERVATION VII (Résumée)

Jeune fille de 16 ans, dystrophiée, dégénérée, complètement glabre, non réglée : elle présente des stigmates ophtalmoscopiques suspect de syphilis, des cicatrices de gomme guérie par KI. Neuf frères ou sœurs morts en bas-âge.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 8 ans, par des douleurs aux genoux, épaules, mains, persistant depuis, intenses surtout la nuit ; les genoux se sont déformés dès l'âge de 10 ans, les mains à 12 ans, l'affection a suivi depuis un cours progressif et envahissant.

Actuellement, on observe des déformations accusées des doigts, atrophie musculaire, hallux valgus ; déformation des poignets et des genoux, douleurs aux autres articulations,

OBSERVATION VIII (Résumée)

Juliette T..., âgée de 24 ans ; quatorze frères et sœurs sont morts avant l'âge de dix-huit mois, sept vivants, dont plusieurs portent des lésions syphilitiques héréditaires ; la malade eut une enfance chétive, marche et dentition tardives ; stigmates dentaires : dents en gâteau de miel, en clou de girofle ; stigmates ophtalmoscopiques : pupilles larges, ne réagissant pas à la lumière, papille grisâtre ; teinte ardoisée péripapillaire et atrophie diffuse pigmentaire de la chorio-rétine.

L'affection actuelle a débuté à l'âge de 14 ans, par les petites articulations qui furent le siège de douleurs excessives : la malade fut confinée au lit quatre années consécutives ; puis, envahissement progressif et centripète intéressant successivement les poignets, les coudes, les cou-de-pied, les genoux, les épaules et les hanches ; évolution symétrique, déformation, atrophie musculaire, ankylose, douleurs excessives ; au début, elle eut la chorée pendant plusieurs semaines.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Docteur BARTHÉLEMY)

Enfant de 15 ans, dégénéré physiquement, presque nain, porteur de stigmates de syphilis héréditaire ; une sœur ayant présenté des gommès du sein gauche, guéries par le traitement spécifique ; ces deux enfants étaient issus d'un père qui présentait des stigmates caractéristiques d'hérédo-syphilis et dont le propre père, c'est-à-dire le grand-père du malade, avait été soigné pour des accidents manifestes de syphilis acquise : déformation caractéristique des mains.

OBSERVATION X (Résumée)

(Docteur MONCORVO)

In Revue des Maladies de l'Enfance, juillet 1901.

Enfant de 5 mois ; mère ayant présenté, durant sa grossesse et quelque temps auparavant, quelques atteintes légères d'une polyarthrite des petites articulations ; enfant petit, vieillot,

porteur de nombreux stigmates de syphilis héréditaire, affecté de polyarthrite déformante en évolution depuis l'âge de deux mois, intéressant les petites articulations des deux mains.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Docteur HAUSHALTER)

Soc. Médicale de Nancy, 14 février 1906.

Rhumatisme chronique déformant, de nature peut-être hérédo-syphilitique, chez un enfant de 28 mois.

Mère ayant contracté la syphilis quelque temps avant la grossesse; quinze jours après la naissance, l'enfant présenta du pemphigus, à 7 mois des syphilides ano-génitales; à 20 mois, des convulsions; développement marqué des bosses frontales, aucun signe de lésion tuberculeuse; rhumatisme chronique déformant, atteignant les articulations métacarpophalangiennes et des doigts, épaississement de l'épiphyse inférieure du radius, tuméfaction de l'articulation radio-carpienne, main déjetée sur le bord cubital, demi-flexion de la main sur l'avant-bras; au genou, épaississement des extrémités articulaires, fixation de l'article en demi-flexion; rétraction des tendons du creux du jarret, état douloureux des articulations déformées; l'enfant demeure immobile, les bras fixés au corps, redoutant tout contact.

Début il y a un an environ, évolution progressive.

Le traitement par des injections quotidienne de biiodure est commencé.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Docteurs DUFOUR et RAVINA)

Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1921.

Homme de 28 ans. A 22 ans, polyarthrite douloureuse avec fièvre, ayant immobilisé le malade au lit pendant dix mois, puis la main continue à se déformer jusqu'en 1917.

Actuellement, les doigts sont en flexion forcée sur les métacarpiens et maintenus dans cette position par la rétraction des tendons fléchisseurs et par la subluxation des articulations métacarpophalangiennes ; les phalanges deux et trois ne sont pas fléchies sur la première ; à la radiographie, on note une décalcification très marquée des métacarpiens et des phalanges.

Les muscles interosseux sont très atrophiés, ainsi que ceux des éminences thénar et hypothénar, le bras et l'épaule droite, le membre supérieur gauche sont atrophiés, doigts déviés en totalité sur le bord cubital, réflexes rotuliens et achilléens exagérés, pas de signe de Babinski, mais on détermine à droite et à gauche de la trépidation épileptoïde ; sauf les crises douloureuses articulaires, le malade ne présente aucun trouble de sensibilité ; au cœur, souffle d'insuffisance aortique.

Cinq ans après les manifestations aiguës, le malade s'est mis à tousser, actuellement recherche des bacilles de Koch négatives dans les crachats ; la radioscopie montre dans le poumon des taches noires, un peu d'élévation de température.

Dans toutes ces observations, le traitement spécifique n'a pas été fait, ou, s'il a été pratiqué, on n'en connaît pas les résultats ; il n'en est pas de même dans les observations suivantes, où l'amélioration produite fut nette, parfois admirable.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(DUFOUR)

Thèse GEISMAR (Obs. V)

Homme de 65 ans : quatre frères ou sœurs morts en bas-âge, sa femme n'a jamais eu de fausse couche ; il a trois enfants bien portants, il a eu deux attaques d'épilepsie à la Guyanne.

Il est malade depuis quatre ans ; début brusque par douleurs dans les jambes, les bras, les pieds ; il est devenu incapable depuis huit mois, obligé de s'aliter.

A l'examen, on constate la déformation des mains, doigts en coup de vent, flexion de la troisième phalange sur les deux premières en hyperextension ; atrophie des interosseux considérable et des éminences thénar et hypothénar ; la flexion passive des articulations métacarpophalangiennes est douloureuse, cependant il n'y a pas d'ankylose ; l'épaule gauche est douloureuse ; orteils fléchis.

Les réflexes rotuliens sont vifs.

Bronchite diffuse : Pas de bacilles de Koch dans les crachats, cœur normal, tension 28/8 au Pachon. Réaction de Bordet Wassermann positive ; le malade, soumis aux injections de quiniobismuth se trouve amélioré et peut exécuter des mouvements de la plus grande amplitude avec les doigts de la main.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(DUFOUR)

Thèse GEISMAR (Obs. XXI)

Augustine G..., 40 ans. Rien à noter dans les antécédents.

Il y a deux ans, la malade souffre pendant quinze jours de douleurs dans la main gauche, soulagées par le salicylate ; un an après, rechute atteignant les épaules et les genoux, avec insuccès du salicylate. Elle souffre continuellement depuis.

Les doigts ont un aspect moniliforme, tendance vers l'aspect en coup de vent.

Réflexes rotuliens faibles, réaction de Wassermann partiellement positive, on fait du sulfarnosenol intra-musculaire alternant avec du novarsenobenzol intravéineux ; ce traitement a amené la sédation des douleurs et les mains, qui étaient très gonflées, ont diminué de volume.

OBSERVATION XV (Résumée)
(Docteur HALLEZ (Obs. XIV, GEISMAR)

Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant, avec irido cyclite d'origine spécifique.

Enfant Z..., né à terme, le 6 janvier 1913, spécificité paternelle. Tante et grand'mère maternelle atteintes de goître basedowifié. A l'âge de 2 ans, apparition de déformations au niveau des genoux, avec subluxation progressive des tibias en arrière, accompagnées de douleurs et d'un léger épanchement articulaire, le tout évoluant sans fièvre ; en quelques mois, les déformations se manifestent au niveau des articulations tibio-tarsiennes du coude droit, du poignet droit. Rétraction tendineuse secondaire et atrophie musculaire.

Soigné à Leysin, comme rhumatisme tuberculeux : héliothérapie, on laisse s'accroître la flexion des articulations.

Vu par le Professeur Marfan et le Docteur Haliez, en décembre 1921 ; traitement par extrait thyroïdien, adrénaline, iode, massages : on gagne un peu d'amplitude. En juin 1921, iritis double ; on fait le traitement spécifique : frictions mercurielles pendant dix jours, puis quinze jours de iodure de K et de biiodure de mercure, enfin, thyroïde et adrénaline ; on envoie l'enfant à Bourbonne-les-Bains : légère amélioration des douleurs.

D'octobre 1921 à mars, l'enfant reçoit quinze injections de Lénzate de mercure intramusculaire. En mars 1922, reprise de l'opothérapie thyroïdienne, avec une série de piqûres de 2 $\frac{c}{m}^3$ de sulfhydrargyre : amélioration nette, marche possible avec des béquilles.

Radioscopie :

1° Aux genoux, décalcification générale des épiphyses, qui donnent une image un peu floue et qui ont des contours irréguliers ; subluxations, diminution appréciable de l'espace interarticulaire sans soudure.

2° Poignet droit : décalcification marquée, diminution des espaces interarticulaires, pas d'ankylose osseuse.

3° Coude : décalcification, espaces articulaires peu visibles, mais on ne peut affirmer qu'il existe une ankylose.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(CARNOT et BLAMOUTIER)

Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique ; amélioration nette par le traitement arsénical.

Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 8 juin 1923.

Mme F..., âgée de 35 ans, cinq enfants, quatre morts en bas-âge : hémoptysie en 1921. Hospitalisée le 3 juillet 1922, pour rhumatisme chronique généralisé ; il atteint toutes les surfaces articulaires : le début date de juillet 1919 ; la malade est immobilisée au lit depuis de longs mois. Les petites articulations des pieds et des mains sont particulièrement déformées et douloureuses ; les mouvements sont impossibles, on ne peut faire le lit de la malade, tellement les douleurs provoquées sont pénibles. Il existe un double souffle aortique très net ; atrophie musculaire généralisée. Aucun traitement n'a donné de résultat, la réaction de Wassermann est positive, on fait du novarsenobenzol intraveineux (3,80 en cinq semaines) puis un mois après, une série d'éparseno intramusculaire.

Il se produit alors une amélioration rapide : la malade, qui était littéralement soudée, peut se mettre sur son séant, seule ; la mobilisation passive devient possible sans douleurs ; puis les mouvements actifs ; enfin, la malade descend au jardin avec une canne et quitte l'hôpital le 4 mars 1923, complètement transformée.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(DUFOUR, DUCHON, DURAND)

Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé.

Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 25 mais 1923.

Femme S..., âgée de 42 ans, hospitalisée le 17 janvier 1923, pour rhumatisme chronique.

Comme antécédents, on note : un enfant mort à 6 mois, d'entérite aiguë. Mari mort de tuberculose pulmonaire ; à

trois reprises, des crises douloureuses de l'hypochondre droit, angines fréquentes ; à 34 ans, elle eut une crise de rhumatisme articulaire aigu, avec albuminurie, une insuffisance mitrale fut constatée et persiste.

C'est à 36 ans que se produit une nouvelle manifestation rhumatismale, débutant par les petites articulations des doigts et le rhumatisme chronique progressif s'installe définitivement. Soulagée par une première cure à Dax, deux autres cures n'ont eu aucun résultat ; après essais infructueux de traitements variés (aspirine, salicylate, soufre colloïdal, iodaseptine, mésothorium, extrait thyroïdien, ovarien), le novarsenobenzol eut une action manifeste, mais on dut l'interrompre par suite de l'apparition d'albumine, 5 gr. par jour. La réaction de Wassermann pratiquée fut négative, puis positive au cours du traitement, puis de nouveau négative.

A l'examen, les lésions atteignent les épaules, les poignets, les genoux, les cous-de-pied, hanches, doigts, orteils, nuque, mâchoire ; les déformations sont très marquées aux genoux, douloureux à la pression, immobilisés par le réveil des douleurs au moindre mouvement.

Les muscles de la cuisses sont contracturés et atrophiés. Ceci se répète pour les autres articulations touchées.

La radiographie montre, au poignet, une altération profonde des os du carpe, avec disparition des interlignes articulaires.

Aux genoux, quelques ostéophytes des condyles et une apparence de synostose partielle d'une des rotules avec le fémur sous-jacent.

On soumet la malade à des injections intramusculaires de Quinby, deux piqûres par semaine, de une ampoule chaque, une série de dix piqûres ; un mois après, deuxième série (17 avril 1923).

Sous l'effet du traitement, la situation s'est complètement transformée : les douleurs spontanées ont disparu. Les douleurs provoquées sont très atténuées, les articulations ont repris leur mobilité : la malade marche seule et sans appui.

Le 2 novembre 1923, la malade marche et ne souffre plus de ses articulations.

OBSERVATION XVIII et XIX

(DUFOUR, DUCHON)

Deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant, polyarticulaire syphilitique.

Société Médicale Hôpitaux de Paris, 2 novembre 1923.

1° Malade âgé de 30 ans ; il a eu un chancre à 22 ans, d'évolution rapide. La réaction de Wassermann est très positive. La colonne dorsale est comme soudée en légère cyphose ; le poignet gauche est déformé avec léger gonflement de la synoviale. On a observé plusieurs poussées douloureuses articulaires, laissant de la limitation des mouvements des épaules et des poignets.

A l'auscultation, lésion mitrale, avec prédominance de rétrécissement.

2° La deuxième malade est âgée de 47 ans : rhumatisme déformant typique des mains, orteils, cous-de-pied ; début à 20 ans ; syphilis ignorée ; la malade présente de l'inégalité pupillaire, à l'œil droit un Argyll-Robertson des plus nets : réaction de Wassermann positive.

Dans les deux cas, la cuti-réaction à la tuberculine est négative. Traités par le Quinby tous deux, le deuxième malade se déclare déjà améliorée.

OBSERVATION XX (Résumée)

FUNK, de Vittel)

Rhumatisme chronique déformant, par insuffisance thyro-parathyroïdienne, d'origine spécifique.

Bulletin Médical, Paris, 1921/466

Mme N..., âgée de 46 ans ; plusieurs fausses couches, mari atteint de maladie de Hodgson. Début de l'affection il y a six ans, par les articulations des orteils, qui se sont épaissies, la marche était pénible ; puis, il y a deux ans et demi, les articulations, qui étaient dures et gonflées, se ramollirent et les orteils commencèrent à se fléchir et à se dévier en dehors.

Les mains sont prises depuis un an environ ; actuellement, les phalanges sont légèrement fléchies, les doigts accolés les uns aux autres, le pouce réuni aux autres doigts, extension impossible. Les tibio-tarsiennes sont prises ; œdème dur du dos du pied ; on observe au pied une accentuation de la voûte plantaire, donnant un pied bot sans ankylose véritable.

La malade attire l'attention sur un symptôme très pénible : malgré sa grande frilosité, elle ne peut garder au lit ni ses mains ni ses pieds sous les couvertures, car ils sont aussitôt le siège de sensations de brûlures épouvantables.

Tension artérielle normale, cœur normal, non influencé par la compression oculaire, tension oculaire diminuée.

L'urine est pâle et hypoacide : de temps en temps, au fond du vase, on constate un dépôt calcique, l'élimination de la chaux est absolument irrégulière.

Règles abondantes et prolongées. Exagération des réflexes patellaires, inégalité du réflexe achilléen.

La malade, autrefois gaie, est devenue mélancolique, apathique, parle lentement. Le teint est pâle et terreux, les cheveux, les sourcils sont rares, tendance manifeste à l'obésité. Corps thyroïde normal.

La radiographie est tout à fait remarquable, on constate une décalcification remarquable de la phalange des doigts, de l'extrémité distale des phalanges et des métacarpiens, rien au pouce, les interlignes articulaires sont perceptibles. Aux orteils, lésion analogue, les interlignes articulaires ont complètement disparu. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. On décèle 0,12 centigr. de chaux par litre de sang total au réveil.

Dès lors, elle est mise au traitement : 15 centigr. d'arsenobenzol sous-cutané et 0,01 centigr. de cyanure de mercure intraveineux par jour ; au bout de quinze jours, amélioration appréciable. La contracture des péroniers est le premier symptôme qui s'amende, les douleurs, les brûlures sont moins vives : les bourrelets péri-articulaires ont régressé. La chaux du sang est tombée à 0,08 ; le Wassermann est toujours positif.

L'auteur ajoute :

« La syphilis peut agir aussi bien par action directe sur la glande parathyroïde que par action indirecte par voie sym-

pathique, les troubles vaso-moteurs du côté de l'aisselle et des pieds, l'hypotonie oculaire, l'abolition du réflexe oculo-cardiaque, l'œdème des pieds sont nettement l'expression d'une atteinte du sympathique ; il n'est pas illogique de conclure à une action sur la parathyroïde des lésions du sympathique au niveau de ses origines rachidiennes.

OBSERVATION XXI (Inédite)

Malade de mon père :

Rhumatisme nouveau syphilitique. Syphilis tertiaire d'origine maritale (mari mort P. G.), sans autres symptômes. Echec du traitement anti-rhumatismal. Guérison par le traitement spécifique.

Mme G..., âgée de 60 ans.

Antécédents héréditaires : Sa mère est morte, il y a deux ans, à la suite de la perte rapprochée d'une fille et d'un petit-fils.

Père mort à 54 ans, d'un cancer du foie ; les grands-parents sont morts âgés, le grand-père maternel fut emporté par une attaque d'apoplexie cérébrale, à 79 ans, il était sujet aux rhumatismes.

Antécédents collatéraux : Un frère mort à un an, en nourrice ; une sœur morte à 58 ans, avec son fils, de la grippe, en 1922 : elle traînait depuis longtemps une bronchite chronique avec emphysème ; une sœur née prématurément, à 7 mois, restée de santé chancelante, une autre sœur de 45 ans, bien portante avec six enfants vivants.

Antécédents personnels : La malade a été de santé fort délicate dans sa première enfance : on lui fit changer successivement cinq ou six fois de nourrice, car aucune ne réussissait à l'élever convenablement. Elle ne se rappelle pas avoir eu de maladie d'enfants. Régulée à 13 ans et demi, régulièrement. Mariée à 20 ans, son mari était très bien portant ; il existait entre eux une remarquable consanguinité : les deux mères étaient sœurs, les deux pères étaient des cousins-germains.

Le mari de la malade a longtemps joui d'une excellente santé ; depuis plusieurs années, son caractère s'est assombri et il s'est mis à boire ; il eut une petite attaque qui lui avait laissé une légère paralysie faciale, suivie de plusieurs autres ; progressivement, son état mental s'était aggravé : mort paralytique général en 1912.

La malade a eu trois enfants, tous actuellement bien portants ; le dernier accouchement, il y a trente-trois ans, a été suivi de fièvre, salpingite, pertes qui ont duré de longues années et varices de jambes qui, depuis ont persisté. La malade a eu, au cours de sa première grossesse, il y a trente-sept ans, une adénite sous-maxillaire droite, à évolution froide, elle a eu de nouveau des adénites chroniques de la région cervicale, en 1910, suppurées, qu'on a opérées à deux reprises différentes ; guérison en cinq ans. Il y a trois ans, ménopause à 56 ans, sans accident. Un an après, à la suite d'ennuis et de surmenage, maux de tête terribles ; puis le 12 mai 1922, apparaît un érysipèle de la face et du thorax, état grave pendant huit jours, phénomènes méningés.

Affection actuelle :

Un mois après son érysipèle, en 1922, la malade fut prise de douleurs extrêmement vives aux pieds, puis aux genoux, ensuite aux mains, envahissant toutes les articulations ; ces douleurs lui arrachaient des cris, elles s'accompagnèrent de phénomènes inflammatoires, surtout aux mains et aux pieds, où on observait de la rougeur et un œdème considérable ; traitement par le salicylate donnant peu d'amélioration, le soufre colloïdal, enfin tous les traitements possibles sans aucun résultat.

Au bout d'un mois de traitement, mon père est appelé, fait un traitement de désintoxication : il se produit une légère amélioration, les douleurs étant moins continues, mais tout aussi vives. En raison de la notion d'un mari mort P. G., mon père, devant ce résultat, pense à la possibilité d'une origine spécifique, fait appeler M. le Prof. Favre, qui confirme cette idée et institue un traitement spécifique, cachets de calomel, 0,02 centigr. et carbonate de bismuth, 0,50 centig., deux par jour. L'amélioration est rapide : Le traitement est poursuivi par iodure : 1,5 par jour.

La malade, au début du traitement, ne pouvait remuer ni bras ni jambes et ne pouvait faire un mouvement ; l'amélioration fut progressive, les phénomènes inflammatoires diminuèrent puis disparurent : au bout de quatre mois de traitement (sirop de Gibert) son état est à peu près normal au point de vue fonctionnel ; l'état général, depuis un an, s'est transformé complètement, ainsi que son état mental, autrefois très déprimé.

Elle garde actuellement quelques déformations (30 mai 1924).

Aux mains, on note un aspect léger de déjettement des doigts en coup de vent, l'épaississement senti à la palpation des régions juxta-articulaires des articulations métacarpo-phalangiennes, la flexion du pouce et de l'index se fait mal ; aux poignets, épaississement net de l'épiphyse radiale, un peu douloureuse à la palpation.

Les épaules sont un peu douloureuses à la palpation.

La malade a repris complètement sa vie normale.

C) **Forme fibreuse.**

Le rhumatisme déformant que nous avons étudié jusqu'ici est caractérisé par son allure clinique et évolutive, ainsi que par ses lésions ostéo-articulaires si nettes à la radiographie. On peut voir un type clinique analogue, sans trouver de lésions de l'article ; ce sont les tissus péri-articulaires seulement qui sont atteints.

A vrai dire, les lésions du tissu fibreux sont observées incidemment dans le rhumatisme chronique déformant syphilitique le plus typique : ainsi, dans l'Observation VI, il est noté que « dans la paume de

la main s'ébauchent des rétractions tendineuses avec adhérence de la peau à l'aponévrose », ce qui tendrait à prouver que la maladie de Dupuytren pourrait être due à la syphilis.

Mais l'observation suivante est un exemple très démonstratif de rhumatisme déformant fibreux. Elle présente les déformations des mains habituelles. Le début s'est fait à 59 ans, il y a deux ans, par des sensations douloureuses atténuées. La radiographie montre qu'il n'existe aucune lésion osseuse ni articulaire. Les injections de Quinby ont bien démontré l'origine spécifique de ces accidents, en améliorant les douleurs.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(HARVIER et DÉCOURT)

Rhumatisme chronique déformant chez une hérédo-syphilitique.

In *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 30 novembre 1923

Mme L., 61 ans, est une hérédo-syphilitique: tibias en fourreau de sabre, l'œil droit a été énucléé à l'âge de 10 ans, à la suite d'une affection qui durait depuis le premier âge. La base du nez est élargie par épaissement des os propres.

Mariée à 25 ans, pas d'enfant.

Elle présente des lésions de rhumatisme déformant, localisé aux mains. Le début remonte à 59 ans, par des douleurs à la main droite, consistant en engourdissement, difficulté d'allonger les doigts, picotement sur le dos de la main, sensations plus vives la nuit. Elles survenaient par crises de six à huit jours, avec des arrêts de deux ou trois jours, localisées à la main droite.

Actuellement, on remarque aux mains une légère déformation en coup de vent, une saillie anormale de la ligne méta-

carpo-phalangienne ; doigts en extension, sauf la dernière phalange, qui est fléchie, les articulations phalangiennes sont noueuses et ne peuvent être fléchies. La flexion des doigts sur la main se fait facilement, sans craquement et sans douleur. L'extension, par contre, est un peu limitée. Poignet normal.

Quelques craquements aux coudes, épaules, genoux et une légère limitation du mouvement d'élévation du bras du côté droit, les pieds sont indemnes.

L'examen viscéral est négatif. Le système nerveux est normal. Tension artérielle 19/10 au Vaquez. La radiographie de la main ne décèle aucune lésion osseuse ni articulaire. Les interlignes articulaires sont d'une netteté parfaite. Radiologiquement, il s'agit d'un rhumatisme fibreux et non ostéo-articulaire.

Les douleurs sont atténuées sous l'influence des injections de Quinby.

VI. — Formes localisées.

Rhumatisme chronique des grandes articulations.

Tout à fait analogue au rhumatisme chronique mono ou oligo-articulaire des classiques, on peut lui décrire une forme ostéo-articulaire : c'est l'arthrite sèche, et une forme fibreuse.

A) **Arthrite sèche ;**

Morbus coxæ senilis syphilitique ;

Arthrite sèche des genoux.

Elle est caractérisée par l'atteinte limitée à une ou deux articulations, survenant à un âge avancé, et par l'intensité des lésions articulaires. Nous la décrirons d'après deux observations de malades atteints de syphilis ancienne atténuée.

Le début est remarquable par son insidiosité. Le malade de l'Observation XXIII de morbus coxæ senilis typique se plaignait depuis douze ans de sa hanche gauche ; la hanche droite, qui présentait à la radiographie des lésions plus importantes que la précédente, n'était douloureuse que depuis quelques mois seulement. Ces douleurs subissent parfois des paroxysmes. Progressivement, peu à peu, le malade doit abandonner les longues courses, puis la marche, enfin même la station debout. Ces troubles s'aggravent

d'une façon si lente que le malade attend des années avant de faire appeler le médecin.

A l'examen, on constate de l'atrophie des muscles de la cuisse. Les mouvements provoqués sont possibles, quoique douloureux; ils sont plus ou moins limités, suivant l'intensité des lésions de l'articulation.

Les mouvements spontanés sont limités par l'atrophie musculaire et parfois par la présence de corps étrangers articulaires. Cette limitation peut être brusque, douloureuse, par coincement d'un de ces fragments osseux qui flottent plus ou moins librement à l'intérieur de la synoviale. La malade de l'Observation XXIV est typique à cet égard, ces incidents peuvent se reproduire fréquemment, au cours d'une marche. Chez elle, un peu de repos, de massage, des mouvements de flexion, remettaient tout en ordre.

La radiographie met les lésions en évidence; elles sont considérables dans le morbus coxæ senilis syphilitique : volumineuses poussées ostéophytiques intra et juxta-articulaires, ossifications irrégulières des ligaments. Elles se sont arrêtées à ce stade chez le malade de l'observation, par l'intervention du traitement, et ne sont pas parvenues à l'ankylose : celle-ci n'aurait pas tardé à se produire, les cartilages articulaires étant déjà sérieusement atteints.

Fait remarquable, des lésions aussi intenses se sont modifiées avec une étonnante rapidité, sous l'influence de trois séries d'oxycyanure de mercure intramusculaire : les ostéophytes ont diminué de 80 % au bout de neuf mois. Les symptômes subjectifs se sont améliorés plus rapidement, si bien que six mois

après le début du traitement, le malade pouvait de nouveau subir sans peine les fatigues imposées par la chasse.

La guérison fut également rapide et complète chez la malade atteinte de rhumatisme chronique localisé au genou.

OBSERVATION XXIII

(FLANDIN)

Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis.

In *Soc. des Méd. des Hosp de Paris*, 14 décembre 1923.

M. N... 64 ans, vient consulter, en mars 1923, parce qu'il souffre, dans la région coxo-fémorale gauche, de douleurs qui subissent une période d'exacerbation et que sa hanche droite commence à devenir douloureuse depuis quelques mois. Le début des douleurs et de l'impotence fonctionnelle remonte à douze ans auparavant et est rapporté à une chute ayant provoqué une forte contusion, sans fracture : un examen radiographique pratiqué alors n'aurait rien montré d'anormal.

M. N... a dû peu à peu abandonner la chasse, puis la marche, la station debout devient douloureuse. Il s'agit d'un Normand, gros mangeur et fort buveur, sans aucun passé morbide : il a été jusqu'ici considéré comme un goutteux, bien qu'il n'ait jamais eu d'accès de goutte, ou comme un arthritique. Les prescriptions médicales ont concerné uniquement le régime alimentaire et les cures hydro-minérales : Evian, Vittel, Aix, Dax, etc... Malheureusement, tous ces moyens se sont montrés d'une efficacité nulle ou temporaire.

Actuellement, on constate un peu d'atrophie musculaire à la cuisse gauche, un épaissement douloureux à la pression dans la région sous-trochantérienne gauche, une limitation douloureuse des mouvements de flexion, d'abduction et d'extension au niveau de l'articulation coxo-fémorale. A droite, rien au niveau de l'os. Mais limitation légère des mouvements de l'articulation dans toutes les attitudes extrêmes qui provoquent une douleur assez vive.

La radiographie montre dans la région sous-trochantérienne droite, sur une hauteur de 5 %_m environ, un épaississement de la diaphyse paraissant intéresser le périoste et au niveau des deux articulations coxo-fémorales, un épaississement marqué des surfaces cartilagineuses, surtout du bourrelet avec production ostéophytiques et une infiltration calcaire de la capsule. Le bec du trochanter à gauche est anormalement développé et irrégulier, comme si des amas calcaires s'y étaient déposés. Les lésions sont beaucoup plus considérables à gauche qu'à droite.

En poursuivant l'examen du malade, nous constatons de la dyspnée d'effort expliquée par l'existence d'une aortite avec hypertension et la radiographie montre une aorte ascendante de 10 %_m de diamètre, avec péricardite. Malgré l'absence de tout antécédent avoué, la réaction de Bordet-Wassermann est franchement positive, tandis que l'urée (0,36) et l'acide urique (0,08) du sang sont normaux.

Le traitement spécifique fut immédiatement institué, le malade a reçu deux séries d'injections intra-musculaires d'oxycyanure de mercure (novargyre) et termine actuellement sa troisième série.

Dès la fin de la première série, des troubles subjectifs, d'origine aortique, disparaissent et sous l'écran, on voyait fondre la péricardite. Mais fait plus intéressant, les lésions osseuses et articulaires se modifient.

Actuellement, la déformation sous-trochantérienne a disparu et les dépôts calcaire articulaires et péri-articulaires ont diminué d'au moins 80 pour cent.

Le malade ne souffre plus et, non seulement il marche, mais encore, depuis le mois de septembre, il chasse sans fatigue au moins trois fois par semaine.

OBSERVATION XXIV

FLANDIN (*Loc. cit.*)

Mme B..., 59 ans, mari, mort tabétique.

Vient consulter en 1920, parce qu'elle souffre de façon progressive du genou droit dans des conditions particulières. Alors qu'au repos, elle n'éprouve, de temps en temps, que des

douleurs sourdes, avec parfois des élancements nocturnes, elle est brusquement arrêtée dans la marche par une sensation de coincement douloureux au niveau du genou droit : elle tomberait si elle ne gagnait, à cloche-pied, en s'appuyant sur la personne qui l'accompagne, le banc le plus voisin. La flexion en position assise, un peu de massage des muscles contracturés et de la jointure, quelques mouvements passifs remettent tout en ordre et la malade peut reprendre sa promenade jusqu'à nouvel incident.

L'examen de l'articulation ne donne que peu de renseignements : les diaphyses, du côté du tibia surtout, paraissent épaissies et la tubérosité antérieure du tibia augmentée de volume. Il n'y a pas d'hydarthrose et on ne sent pas de corps étranger articulaire.

La radiographie montre un épaississement marqué des surfaces articulaires, semées de productions ostéophytiques. Les plateaux tibiaux et le ménisque ont un aspect râpeux et l'appareil capsulo-ligamentaire est épaissi et opacifié par endroits. La tubérosité antérieure du tibia est très augmentée de volume et irrégulière d'aspect. Aucun corps étranger libre n'apparaît sur la plaque.

Le massage, les bains de chaleur et de lumière, des saisons à Dax et à Aix n'ont amené qu'une accalmie passagère des troubles subjectifs et des lésions objectives.

Un examen complet montre chez la malade des signes d'aortite avec hypertension et sclérose rénale sans modification des réflexes tendineux ni pupillaires. La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Le traitement spécifique, uniquement mercuriel (novargyre) amena progressivement une disparition complète des accidents qui s'opposaient à la marche, ainsi que l'amélioration générale de règle pour les lésions aortiques d'origine syphilitique.

Actuellement, Mme P... n'éprouve aucun trouble.

B) **Forme fibreuse.**

Le rhumatisme chronique des grandes articulations peut donner des troubles fonctionnels considérables, sans que la radiographie décèle de lésions osseuses expliquant ces phénomènes morbides. Nous ne trouvons plus ici ces volumineuses poussées ostéophytiques, ni ces ossifications irrégulières de ligaments observées dans la forme précédente. Par ailleurs, les différences sont également accusées : l'évolution est beaucoup plus rapide, les articulations s'enraidissent en quelques mois ; un symptôme important est la douleur, qui subit parfois des exacerbations, avec irradiations, dans le trajet des nerfs.

L'observation suivante est un bel exemple de cette forme.

Fait remarquable, le simple traitement mercuriel et ioduré a transformé complètement l'état de la malade.

OBSERVATION XXV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur FAVRE.)

Ankylose bilatérale des deux hanches, troubles fonctionnels extrêmement marqués. Aucun signe de syphilis chez la malade. Syphilis certaine chez son mari (tabétique). Traitement longtemps prolongé, amenant une amélioration fonctionnelle extrêmement marquée. Lésions surtout fibreuses.

Mme Chu..., 58 ans, couturière, entre dans le service de M. le Professeur Favre, le 29 mars 1922, pour phénomènes articulaires des deux hanches et des deux genoux, dont elle souffre depuis trois ans environ.

Antécédents : Son père est mort à 38 ans, de la poitrine ; sa mère, à 74 ans, d'une maladie d'estomac ; elle a un frère bien portant. La malade a eu la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, dans l'enfance ; depuis, sa santé a été bonne, elle a seulement été opérée, à 32 ans, par M. Gangolphe, d'un abcès de la région sterno-cléido-mastoidienne, bien guéri après l'intervention. Régée à 13 ans, normalement, jusqu'à 55 ans. Mariée, son mari est actuellement soigné pour crises gastriques tabétiques. Elle a eu deux enfants, l'un mort en nourrice, à 13 mois, d'affection indéterminée ; l'autre un jour après sa naissance ; elle n'a pas eu de fausse couche. La malade n'a présenté aucun accident spécifique.

Affection actuelle : Le début remonte à trois ans, en pleine santé. Les hanches et les genoux devinrent le siège de douleurs plus vives la nuit, parfois empêchent le sommeil et devinrent raides, plus particulièrement le matin. Les articulations se « déroutaient » au cours de la journée ; ces douleurs ne s'accompagnèrent ni de réactions inflammatoires, ni d'épanchements intraarticulaires, ni de retentissement général.

La malade subit un traitement local, qui n'apporta aucune amélioration, les douleurs articulaires augmentèrent au point que la marche est devenue difficile. Elle passa, en janvier, dans un service de médecine, où on fit le diagnostic d'arthrite double ankylosante des hanches et des genoux, puis en chirurgie et en est ressortie dans le même état. Elle revient à l'hôpital se plaignant des mêmes symptômes.

A l'entrée

Les articulations intéressées ne présentent aucun phénomène inflammatoire, aucun signe d'épanchement.

En position couchée, la malade ne peut allonger les deux jambes complètement : il existe un espace de 11 $\frac{1}{2}$ m entre le creux poplité et le plan du lit. L'écartement des jambes atteint 12 $\frac{1}{2}$ m entre les deux condyles internes du fémur.

L'examen de la hanche gauche montre que les mouvements ont totalement disparu, sauf les mouvements de flexion et d'extension extrême, la cuisse fait, avec le plan du lit, un angle de 45° dans la position de flexion extrême, la cuisse gauche est à angle droit sur le bassin.

L'examen de la hanche droite montre une ankylose moins serrée : l'extension extrême est atteinte lorsque la cuisse fait un angle de 45° avec le plan du lit, mais la cuisse peut être portée en flexion aiguë ; il existe de légers mouvements de rotation. Le genou droit est légèrement ankylosé, raide, le genou gauche, complètement, avec flexion de la jambe sur la cuisse. A noter que les mouvements paraissent limités en partie par de la contracture musculaire de défense, surtout des abducteurs : ils sont peu douloureux, les mouvements provoqués éveillent des craquements. La démarche de la malade est caractéristique, elle marche en boitant, le tronc légèrement courbé en avant, jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci fléchies sur le tronc.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les autres articulations sont normales. L'examen des autres appareils montre au cœur un léger souffle systolique surtout mésocardiaque sans propagation, une pupille droite nettement irrégulière, plus grande que la gauche, toutes deux réagissent bien à la lumière, des réflexes rotuliens, médioplantaires et achilléens assez vifs. Rien dans les urines. Tension art. 11/6. La réaction de Wassermann est négative.

La radiographie pratiquée montre, aux articulations des lésions surtout fibreuses sans proliférations ostéophytiques, encoche légère sur la tête du fémur, épaississement du rebord cotyloïdien.

Quelques jours après son entrée la malade se plaint de douleurs des membres inférieurs à type de radiculite, passagères, comme des éclairs, parfois localisées aux articulations, si intense qu'il lui semble qu'on lui ronge les os, empêchant le sommeil.

Un mois après son entrée la malade est mise au traitement spécifique : on lui administre tous les 2 jours une injection de cyanure de mercure intraveineux et les jours intermédiaires 2 cuillerées à soupe de sirop de Gibert. L'amélioration est rapide.

La malade examinée deux mois après le début du traitement est nettement améliorée : l'abduction des membres inférieurs permet un écart de 28° entre les bords internes de la tête des premiers métatarsiens, de 15° entre les

2 condyles internés du fémur. Les 2 jambres s'étendent bien, reposent entières sur le plan du lit on peut à peine passer la main entre le creux proplité gauche et le plan du lit. La flexion de la hanche gauche dépasse l'angle droit les mouvements d'abduction et d'adduction existent quoique très limités. La hanche droite peut être fléchie à angle très aigu. Les mouvements d'abduction restent toujours limités.

On peut faire croiser maintenant les membres inférieurs non seulement au niveau des pieds, mais encore des genoux. Les mouvements des genoux sont absolument libres. Un gain très certain a donc été réalisé depuis le début du traitement il est marqué par l'écart de plus en plus grand que l'on peut obtenir entre les membres inférieurs, par leur croisement possible, par la réduction presque complète de l'écart entre le creux poplité et le plan résistant. Mais l'amélioration est encore beaucoup plus nette au point de vue fonctionnel. La malade qui ne pouvait pas monter les escaliers sans se tenir à la rampe, ni monter dans son lit d'hôpital sans le secours d'un tabouret, peut maintenant exécuter ces deux mouvements sans peine. Les douleurs que la malade éprouvait au niveau des hanches ont disparu. La malade a pris du poids, elle se sent beaucoup plus forte.

Un an après la malade est revue. Elle a continué son traitement, elle a reçu du sirop de Gibert et 4 injections de néosalvarsan. L'amélioration a été continue, très manifeste. La malade qui était une impotente, courbée, marchant avec peine, peut maintenant faire de longues promenades.

L'écart des genoux est aujourd'hui de deux travers de main, l'état général s'est amélioré : la malade qui souffrait continuellement des hanches et des reins quand elle était couchée ne souffre plus maintenant.

C) **Autres formes localisées.**

Nous citons seulement quelques formes dont l'individualité est moins typique que les précédentes.

Rhumatisme vertébral.

Nous avons peu de documents sur cette forme de rhumatisme chronique syphilitique. Le rhumatisme vertébral s'observe fréquemment dans les cas de rhumatisme poly-articulaire déformant atteignant un grand nombre d'articulations, lorsque les lésions articulaires diverses apparues avant lui ont évolué depuis un temps plus ou moins long, mais le rhumatisme syphilitique peut avoir sa localisation primitive au niveau de la colonne.

OBSERVATION XXVI (résumée)

FLANDIN (*Loc. Cit.*)

Mlle P..., fille de la malade de l'obs. XXIV, 30 ans, a toutes les apparences de la santé, elle ne présente aucun stigmate. La réaction de Bordet Wassermann faite dans son sang est négative. Elle souffre depuis 5 ans de douleurs progressives dans la colonne cervicale, douleurs spontanées augmentées par les mouvements :

Les mouvements de torsion de la tête surtout sont limités, et déterminent des craquements perçus par la malade et ressentis à la main. Des examens électriques répétés des muscles et des nerfs ont permis d'éliminer toute atteinte de ces organes. La radiographie ne montre aucune malformation.

En raison de l'efficacité du traitement mercuriel chez la mère, on fait à la malade sur sa demande des injections de novargyre. Le résultat fut surprenant ; dès la dixième injection, les douleurs avaient disparues et les mouvements repris leur facilité normale : les craquements ont complètement disparu.

MM. Brouardel, Giroux et Lory ont publié l'observation d'un malade qui eut un chancre à 20 ans et présente du rhumatisme syphilitique vingt-neuf ans après. Le rhumatisme resta quatre ans localisé à la colonne, qui devient raide, surtout à la région lombaire. Puis les articulations tibio-tarsiennes furent atteintes, ainsi que les genoux, aucun trouble des réflexes. Vitiligo dont les plaques atteignent un peu toutes les parties du corps. Le traitement à l'oxycyanure de mercure eut un résultat rapide et remarquable.

Nous citerons encore, comme formes localisées du rhumatisme déformant syphilitique, certains cas d'*ostéo-artropathie hypertrophiante pneumique*. Chrétien en a fait une étude dans la *Revue de Médecine*, 1893. Il en donne une observation, rappelle une malade de Schmidt, qui avait contracté la syphilis à 25 ans, avait eu des avortements, des enfants mort-nés, des lésions d'ostéo-artropathie hypertrophiante pneumique et dont l'hypertrophie des doigts *disparut sous l'influence du traitement spécifique*.

VII. — Rhumatisme ankylosant.

L'ankylose des articulations atteintes est la terminaison tardive du rhumatisme poly-articulaire déformant déjà étudié. Il se produit pas suite de rétraction des tendons et des tissus péri-articulaires. Lorsque la colonne est touchée, l'ankylose est plus précoce : la raideur est très vite manifeste; la radiographie montre les vertèbres tassées, les cartilages disparus (Obs. XXIX). Mais il semble possible que ce processus d'ankylose soit une manifestation précoce de l'atteinte rhumatismale poly-articulaire. Nous reproduisons ici une observation de Gastou et Chantassin, tout à fait intéressante à cet égard; les auteurs en font une « polyarthrite probablement d'origine syphilitique héréditaire » ; la radiographie montre des lésions curieuses. Malheureusement, les preuves absolues de l'étiologie (antécédents, résultat du traitement nous manquent ; nous espérons que d'autres observations viendront confirmer l'existence de cette forme, qui rappelle l'ankylose fibreuse périphérique observée dans certaines formes de rhumatisme tuberculeux ankylosant.

OBSERVATION XXVII (*Résumée*)

GATOU et CHANTASSIN

Polyarthrite progressive déformante ankylosante généralisée probablement d'origine syphilitique héréditaire.

Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 4 déc. 1913

H..., 31 ans. Père mort à 52 ans (suicide). Mère morte à 58 ans (vieillesse prématurée). Aucun antécédent ni aucun signe de blennorrhagie, ni de tuberculose. Depuis l'âge de 18 ans, une série d'articulations ont chez cette malade été progressivement prises par un processus douloureux très légèrement inflammatoire au début et terminé régulièrement par ankylose. Les poussées articulaires auraient coïncidé avec des poussées de croissance.

Elle a vu successivement en 7 ans, son poignet droit, puis son genou droit, puis le coude droit, le genou gauche, le coude gauche, l'épaule et le poignet gauche, s'ankyloser en un temps variable de 4 mois à 13 mois. Ces manifestations articulaires s'accompagnaient de vives douleurs et de contractures musculaires: tout cela cessait dès la production de l'ankylose. Aucun traitement médicamenteux n'a eu de résultat.

La radiographie ne donne aucunement l'apparence des ankyloses communes. Le dessin habituel fort net des articulations est masqué en quelque sorte par un voile filamenteux qui soude comme dans une gaine ou un manchon les deux extrémités osseuses. Il n'y a ni raréfaction ni ossification exagérée à noter.

Un Wassermann pratiqué est nettement positif. Le traitement mercuriel est institué: mais il est trop récent pour qu'on puisse en connaître les effets.

VIII. — Rhumatisme chronique polyarticulaire polymorphe.

Nous proposons de dénommer ainsi ce type de rhumatisme chronique syphilitique qui nous semble avoir une individualité assez nette : l'observation de Gilbert Bénard et Fatou nous autorise, semble-t-il, à isoler cette forme particulière.

Il est chronique par son évolution générale; il atteint un grand nombre d'articulations et les articulations touchées le sont suivant une modalité différente. Chez le malade en question, la symptomatologie est faite d'une série de poussées successives subaiguës atteignant les grandes articulations (il en eut 5) ; on peut observer la forme arthralgie simple, forme fluxionnaire légère, forme ankylosante partielle, forme hydarthrosique symétrique, avec poussées fébriles légères.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

GILBERT BENARD et FATOU

Un cas de Polyarthrite hérédo-syphilitique tardive.

In Soc. Méd. des Hôp. de Paris (14 décembre 1923).

Malade de 21 ans. Son père est mort accidentellement. Sa mère bien portante a eu avant de le mettre au monde un premier enfant mort né, un deuxième enfant mort après un jour d'existence: elle a une réaction de Wassermann positive. Le malade a des stigmates dentaires, de la dystrophie du squelette et une réaction de Wassermann positive. Aucun antécédent de rhumatismes.

Il a présenté un rhumatisme ayant évolué en 5 poussées successives: août et octobre 1921, février, mars et juillet 1922. Il s'agit d'un rhumatisme polyarticulaire, 9 jointures ont été intéressées: les articulations temporo-maxillaires, les 2 coudes, les poignets, les 2 genoux, les 2 tibio-tarsiennes.

Début par des arthralgies de la tibio tarsienne droite.

En août 1921: le malade accusa des douleurs à l'articulation tibio tarsienne droite et aux deux genoux. La tibio tarsienne fut la plus touchée: gonflement, douleurs, impotence fonctionnelle marquée. Les deux genoux furent le siège d'arthralgie fugaces et intermittentes sans modifications physiques. Après une dizaine de jours de repos et des applications chaudes les accidents disparurent.

A la fin d'août, le malade présenta une kératite interstitielle de l'œil droit qui céda à une douzaine d'injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure.

En octobre 1921, nouvelle poussée sur les articulations temporo maxillaires, gênant la mastication, sur les deux genoux qui présentèrent de la tuméfaction avec chaleur locale sans rougeur, douleur variable, plus intense le matin ; l'atteinte des deux genoux persiste.

A la fin de janvier 1922, diminution de la vision de l'œil gauche ; on fait 2 séries de cyanure de mercure.

A la fin de février, nouvelle poussée articulaire caractérisée par la recrudescence des douleurs aux genoux, et par une récurrence des arthralgies du coude et du poignet droits, ces dernières disparues en 5 jours.

Dans les premiers jours de mars, prise des deux chevilles, accentuation des phénomènes fluxionnaires des genoux; le 15, extension pour la troisième fois au poignet et au coude droits.

Entre temps un traitement au salicylate est mal supporté, n'apporte aucune amélioration.

Le 27 mars 1922, le malade rentre dans le service avec une kératite interstitielle de l'œil gauche en évolution et une atteinte des deux chevilles, des deux genoux, du poignet et du coude droit.

L'examen de ces différentes articulations permet de distinguer 2 catégories de lésions : arthralgies simples aux

tibio-tarsiennes et au poignet droit. Fluxion du coude droit avec douleur diffuse, points douloureux au niveau de la tête du radius, gêne marquée des mouvements de flexion, extension, pronation et supination.

Hydarthrose notable des deux genoux, qui sont globuleux avec culs-de-sac synoviaux distendus. Le gonflement est plus marqué à droite, choc rotulien perçu des deux côtés.

Élévation notable de la température locale.

Les extrémités osseuses ne présentent pas de modifications perceptibles, cliniquement, ni radiologiquement. La synoviale épaissie au niveau des culs-de-sac tricipitaux. L'atrophie du quadriceps est peu marquée. La douleur est spontanée, augmentée par la pression et les mouvements.

Il existe de la limitation légère de la flexion et de l'extension.

Le sujet ne peut marcher.

Le sujet subit un traitement antisyphilitique du 27 mars au 15 décembre 1922. Les douleurs articulaires des deux tibio-tarsiennes cédèrent au bout de 15 jours. Les arthrites du poignet et du coude droit persistèrent 6 semaines. L'hydarthrose double ne se résorba pas complètement mais les douleurs disparurent, la flexion et l'extension complète devinrent possibles, l'impotence fut très diminuée.

Mais, coïncidant avec un relâchement du traitement, au début de juillet 1922, le coude gauche fut pris: il persista une ankylose légère.

Une ponction du genou drainée faite le 6 avril 1922 a permis de retirer 15 cc. de liquide puriforme, vert, trouble, visqueux.

L'examen cytologique donne 84 % de polynucléaires intacts; inoculation au cobaye négative; ainsi que la recherche du tréponème: la réaction de Wassermann dans le liquide fut positive.

Du 27 mars au 15 décembre 1922, le malade a reçu 88 injections de cyanure de mercure intraveineux à 0,01 centig.

Dans l'intervalle, 2,40 de novarsenobenzol, 1,75 de néotrépol, du sirop de Gibert pendant 15 jours.

L'amélioration fut progressive.

Actuellement, deux ans après le début des accidents, le sujet conserve encore une arthrite sèche crépitante des deux genoux, plus marquée à droite, mais tous les mouvements sont récupérés.

L'atrophie musculaire a diminué de moitié. Il persiste une limitation de l'extension du coude gauche.

De cette observation, nous rapprocherons l'observation suivante qui concerne une malade atteinte d'hydarthrose double datant de trente ans, rhumatisme déformant des mains et des pieds.

OBSERVATION XXIX

(FLANDIN, *Loc. cit.*)

Madame B..., 63 ans, mari mort paralytique général. On note dans les antécédents une iritis grave survenue au début du mariage et qualifiée alors de rhumatismale.

Cette malade présente depuis une trentaine d'années de l'hydarthrose des genoux: L'impotence fonctionnelle est légère: la fatigue augmente les douleurs et l'épanchement; ces lésions ont toujours été considérées comme une séquelle de phlébite, suite d'accouchement. D'autre part, elle souffre de douleurs de la région cervicale et de l'épaule gauche, avec exacerbation provoquées surtout par le froid. Par ailleurs les dernières phalanges de tous les doigts présentent des déformations typiques de rhumatisme chronique et aux pieds on constate un double hallux-valgus très prononcé.

La radiographie montre au niveau des genoux un écartement assez marqué des surfaces articulaires sans productions ostéophytiques et un épaissement marqué de la capsule. A la colonne vertébrale on voit une lordose accentuée et une scoliose légère intéressant les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. Les corps vertébraux sont affaîssés, indistincts : les espaces intervertébraux ont disparu.

A l'examen général, on trouve des signes cardio-rénaux : oligurie, hypertension artérielle, à 23/10, aorte ascendante

dépassant la fourchette sternale, claquement et souffle, à la radioscopie aorte élargie, flexueuse, infiltrée de taches calcaires, péri-aortite marquée.

La réaction de Bordet Wassermann est négative. Le traitement spécifique est institué d'abord par l'oxycyanure, puis par le bismuth. Les résultats sont rapides: les douleurs vertébrales ont disparu, l'hydarthrose des genoux également ; à noter qu'il est difficile de rester plus de 4 mois sans faire le traitement; car les douleurs reprennent.

Pathogénie.

Le droit à l'existence du rhumatisme syphilitique chronique est suffisamment établi, à l'heure actuelle, pour qu'on soit obligé d'y insister. Son apparition chez des sujets indemnes de toute autre tare, sa coexistence avec d'autres signes d'imprégnation de l'organisme par le tréponème, lésions osseuses en évolution ou stigmates d'hérédité par exemple, enfin et surtout l'action du traitement, non seulement mercuriel, mais encore arsenical et bismuthique, sont des preuves suffisantes du rôle joué par le spirochète dans la genèse des accidents articulaires observés. Le rhumatisme chronique syphilitique entre donc sans difficulté dans le groupe des pseudo-rhumatismes infectieux.

Les altérations articulaires chroniques sont une séquelle commune à toutes les infections dont le développement est lent et la virulence amoindrie. Nous sommes bien, ici, dans ce cas : nous avons vu que le rhumatisme chronique syphilitique est dû à une syphilis atténuée, « froide », si peu virulente que le

malade n'en a jamais souffert, n'a jamais présenté de lésions apparentes, et le médecin lui-même est souvent bien embarrassé pour découvrir un signe certain de l'infection.

Mais par quel mécanisme le tréponème pourra-t-il faire sentir son influence, comment et pourquoi produit-il des lésions si diverses ?

Il est bien difficile d'expliquer la diversité des formes cliniques que nous avons passées en revue, dont plusieurs peuvent se trouver à la fois réunies chez le même sujet.

Quelques lueurs nous sont données par la clinique au sujet de quelques formes prises en particulier.

Ainsi, les arthralgies paraissent bien dues à l'action de toxines sécrétées par le tréponème. Les phénomènes douloureux observés parfois au niveau des articulations, pendant le cours d'un traitement antisyphilitique, surtout par les arsenicaux, peuvent, par analogie, apporter un appui à cette opinion. On peut observer, à cette occasion, des accidents articulaires, synovo-récidives, véritable réaction de Herxheimer au niveau des éléments de l'article ; ils consistent en algies vertébrales, douleurs quelquefois poly-articulaires, précoces ou tardives, parfois accompagnées de phénomènes généraux. Ces accidents ne sont pas dus à l'intoxication médicamenteuse (comme on en voit chez des intoxiqués par les couleurs au vert arsenical ou par l'acide arsénieux), car en augmentant les doses et en prolongeant le traitement, ces accidents disparaissent (Léon Blum) ; mais ils sont dus à une décharge toxiniennne.

L'hydarthrose semble bien être consécutive à la présence même du tréponème au niveau de l'article. Certes, jusqu'ici, on n'a pas pu le découvrir. L'examen du liquide a été négatif dans les rares cas où il a été fait. L'examen de la synoviale n'a pas été fait ; mais il est possible que des examens ultérieurs montrent son existence. En effet, nous avons vu la cytologie de l'épanchement, au début tout au moins, indiquer une prédominance nette de polynucléaires intacts, formule nettement inflammatoire. D'autre part, si la production de liquide était due à la présence de microbes surajoutés, le traitement spécifique ne le ferait pas disparaître avec tant de rapidité.

Nous ne parlerons pas des arthrites gommeuses : l'action directe du tréponème est évidente.

La filiation des accidents articulaires des formes précédentes paraît donc simple ; il n'en est pas de même pour le rhumatisme déformant. C'est, en somme, toute la pathogénie du rhumatisme déformant classique qu'il faudrait reprendre, et celle-ci, à l'heure actuelle, est encore pleine d'obscurités : nous nous en tiendrons aux quelques faits qui peuvent nous être utiles.

Nombre d'auteurs attribuent au système nerveux un rôle primordial. Déjà, Charcot avait attiré l'attention sur ce fait que les déformations des extrémités rappellent celles qu'on observe dans une série de maladies nerveuses. E. Besnier, en 1878, avait attribué au système nerveux un rôle d'intermédiaire entre la maladie rhumatismale et les déterminations articulaires, P. Marie également ; mais ce sont surtout MM. Teissier

et Roque qui ont établi sur des bases solides la théorie du rôle essentiel du système nerveux dans la genèse des déformations articulaires.

Pour en établir l'homologie avec les lésions d'origine nerveuse, ils se basent sur plusieurs faits : la ressemblance des lésions, la symétrie de la marche de ces lésions, la progression régulière, mathématique, des troubles tropho-neurotiques (atrophie musculaire, par exemple), l'existence de plaques méninigitiques spinales étouffant un certain nombre de racines spinales, les lésions de névrites périphériques. La conclusion des auteurs en est : « On peut considérer le rhumatisme chronique déformant comme une tropho-névrose d'origine infectieuse qui agit surtout sur les racines spinales et qui amène, par ce mécanisme, des malformations articulaires. Infection primitive, lésions secondaires du système nerveux, enfin altération consécutive de l'organisme, tels sont les trois stades évolutifs fondamentaux du rhumatisme chronique déformant » (Mayet).

Ces conclusions nous semblent devoir s'appliquer dans certains cas au rhumatisme poly-articulaire chronique syphilitique; on connaît la prédilection du tréponème pour le système nerveux; les réactions cytologiques et humorales, si fréquentes, si constantes pourrait-on dire, du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis, montrent le tréponème tapi autour des éléments nerveux médullaires et cérébraux. Le système nerveux périphérique lui-même n'est pas épargné : les polynévrites, les sciatiques d'origine syphilitique s'observent fréquemment. Ces faits cli-

niques tendent à faire admettre que, dans certains cas, le tréponème produit des désordres articulaires variés, par l'intermédiaire du système nerveux.

Mais il faudrait parfois, dans ce rôle du système nerveux, laisser une place aux lésions vasculaires ; pour certains auteurs (Barré, Babinski), les arthropathies tabétiques sont des arthropathies syphilitiques, et s'appuyant sur des examens anatomiques, ils expliquent ces arthropathies, non seulement par des troubles trophiques d'origine nerveuse, mais encore par des troubles vasculaires d'origine syphilitique. Dans un des cas suivis dans le service de M. le Professeur Favre, une arthropathie dite tabétique de la hanche a considérablement diminué sous l'influence du traitement spécifique. On sait actuellement que bon nombre de lésions dites trophiques (aortites) relèvent en partie d'un facteur inflammatoire.

Plus récemment, le rôle des glandes à sécrétion interne, à la suite des travaux de Sergent, Weill et Mouriquand, Léopold Lévi et de Rotschild, etc., a été mis en lumière. Le rhumatisme par instabilité thyroïdienne est actuellement bien connu ; le rôle de la parathyroïde dans le métabolisme du calcium et dans les dystrophies du squelette a été étudié : certains auteurs ont incriminé l'action de la syphilis sur certaines glandes à sécrétion interne.

L'Observation XX en est un exemple. La perturbation endocrinienne serait l'intermédiaire entre l'infection et les lésions articulaires. On a également fait jouer un rôle au sympathique. Mais les arguments qui sont donnés par les divers auteurs qui ont mis en

avant ces actions pathogéniques ne sont pas suffisamment fondés pour qu'on puisse les considérer dès aujourd'hui comme hors de conteste.

Enfin, il existe un élément important dans la genèse du rhumatisme chronique et sur lequel les auteurs ont depuis longtemps insisté : c'est le terrain ; cette vieille question de l'arthritisme, terme vague, englobant des manifestations diverses de forme et quelquefois de nature. « Le terrain arthritique provoque un état de réceptivité spéciale du tissu conjonctif et de ses dérivés, qui facilite l'apparition de troubles fibreux et ostéo-articulaires, et c'est pourquoi précisément il conditionne l'apparition du rhumatisme chronique. » (Mouriquand.) Or, ce terrain semble bien être sous la dépendance d'une intoxication endogène ou exogène. On observe couramment en clinique que ce sont les tuberculeux fibreux, les malades atteints de blennorrhagie ancienne, porteurs de goutte uréthrale, s'éternisant sans dommage apparent, qui « font » du rhumatisme chronique. Duvernay récemment a cherché à expliquer le pourquoi de ces faits : il a recours à l'anaphylaxie. Buche, dans sa thèse, reprenant les travaux antérieurs, montre l'importance des altérations endocriniennes, le plus souvent polyglandulaires, dans la genèse des manifestations arthritiques, et cherchant l'origine première de ces altérations, il fait jouer un rôle important à la syphilis. Certes, les manifestations dites arthritiques ne sont pas fréquentes dans les antécédents du rhumatisme syphilitique ; mais s'il est vrai que parfois le tréponème soit à la base de cette prédisposition familiale, héréditaire,

transmissible à plusieurs générations, qui fait que de père en fils, dans une famille, on voit apparaître, outre des accidents tels que le diabète, l'obésité, etc., des rhumatismes chroniques et héréditaires, le domaine du tréponème dans le rhumatisme chronique dépasserait le rhumatisme syphilitique, pour envahir en partie le cadre du rhumatisme chronique banal; mais ce sont là de simples théories.

Nous nous sommes appesantis sur ces considérations pathogéniques, sur ce que nous pourrions appeler la « philosophie » du rhumatisme chronique. Il est certain que ces considérations contiennent beaucoup d'hypothèses. S'il est rationnel de penser que le tréponème peut atteindre les articulations, tantôt par action directe, tantôt par voie détournée, en mettant en jeu les glandes endocrines, le système nerveux, il faut convenir que la filiation exacte des accidents nous échappe assez souvent.

Mais, en semblable question, l'important est de tenir les deux bouts de la chaîne. Du point de vue général, il y aurait pour l'esprit une grande satisfaction à connaître exactement le ou les mécanismes qui interviennent. En pratique, et c'est là un point que le médecin ne doit jamais perdre de vue et qui domine tous les autres, la notion des rhumatismes syphilitiques a une importance considérable. Quels que soient les processus, simples ou compliqués, par lesquels ils se réalisent, ils se montrent, et c'est là le fait essentiel, sensibles au traitement. C'est ce que nous établirons dans le dernier chapitre.

Diagnostic.

Nous avons passé en revue, au cours de notre étude, les principales affections articulaires avec lesquelles le rhumatisme syphilitique chronique pouvait être confondu. Quelques-unes de ses formes cliniques ont une allure assez nette pour comporter seulement quelques chances d'erreur : la forme hydarthrosique, par exemple, caractérisée par sa bilatéralité, l'absence de lésions osseuses, sa chronicité, la réaction de Wassermann faite sur le liquide et trouvée positive. Mais, pour les autres formes, les difficultés sont parfois considérables, spécialement certaines formes cliniques de rhumatisme tuberculeux, tel que le décrit Poncet, reproduisent trait pour trait les différents aspects du rhumatisme chronique syphilitique.

Il est certain que l'on attribue ainsi fréquemment au bacille de Koch, ce qui est dû au tréponème.

Les recherches à l'intradermo-réaction et la cuti-réaction à la tuberculose sont incapables d'aider au diagnostic entre syphilis et tuberculose. MM. Nicolas,

Favre et Charlet (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1910) les ont trouvées aussi fréquemment positives chez des philitiques certains, cliniquement non tuberculeux, que chez des tuberculeux avérés.

Le séro-diagnostic tuberculeux n'est pas utile non plus : très sensible, il est positif souvent chez des syphilitiques certains, cliniquement non tuberculeux, probablement à cause de lésions tuberculeuses minimes. Inversement, il a été trouvé négatif dans des cas où l'inoculation de liquide articulaire était positive (Pillon).

Par contre, l'inoculation positive du liquide avec tuberculisation du cobaye entraîne évidemment la conviction du côté de la tuberculose.

La morphologie est incapable, à elle seule, de fixer l'étiologie d'un rhumatisme : l'examen complet du malade est, là comme toujours, le plus sûr garant de notre diagnostic.

Il faut fouiller les antécédents du malade. Il est des cas où la syphilis des parents est connue. Cela est assez rare. Exceptionnelle est l'observation de Fournier, où le père avait des stigmates de syphilis héréditaire et le grand-père connu comme ayant acquis la syphilis. Ils faut toujours essayer de remonter aux grands-parents.

Plus souvent, on apprendra que la mère du malade a eu plusieurs fausses couches. Les antécédents collatéraux sont également très utiles. Dans plusieurs de nos observations, nous relevons la poly-éthalité en bas âge de frères ou de sœurs des malades ; quelquefois même, on relève des stigmates syphilitiques chez ceux

qui vivent encore, ou des lésions en évolution. Rechercher la syphilis chez le conjoint : on peut trouver, chez le mari, des lésions nettes (Tabes, P. G.).

Les antécédents personnels du malade sont à examiner minutieusement ; on trouve ainsi des accidents d'origine non douteuse ; le pemphigus plantaire (Obs. XI), des accidents oculaires, des gommès du voile du palais ou d'autres accidents cutané-muqueux.

Enfin, l'examen du malade doit être fait à fond : les stigmates recherchés avec insistance ; les stigmates oculaires sont fréquents dans la syphilis héréditaire : kératites, iritis ; les stigmates dentaires, les dystrophies de tout ordre, les lésions cardio-vasculaires : aortiques (Obs. XVI, Obs. XII) ; mitrales (Obs. XVII) ; les lésions cutané-muqueuses, le vitiligo, par exemple.

Sans doute, tous ces signes sont d'inégale valeur et demandent à être interprétés ; quelques-uns sont des signes de quasi-certitude, comme les dents d'Hutchinson ; d'autres ont moins de valeur, comme les stigmates oculaires ; plusieurs réunis entraînent la conviction ; un seul d'entre eux suffit à attirer l'attention du clinicien. Souvent, on ne trouve absolument rien.

Les examens de laboratoire peuvent-ils nous être vraiment utiles ? La réaction de Wassermann a-t-elle une valeur absolue ? Les travaux de M. le Professeur Nicolas (Nicolas et Gaté, *Soc. Méd. des Hôp de Lyon*, 1914) et du Docteur Massia font conclure leurs auteurs de la façon suivante :

1° Une réaction de Wassermann négative ne permet pas d'écarter définitivement la syphilis : de fait, chez plusieurs des malades de nos observations, elle fut négative (Obs. XXII et XVII).

2° Une réaction de Wassermann positive ne signifie pas forcément syphilis. Répétée à plusieurs reprises et toujours positive, elle doit faire pencher du côté de la syphilis.

En somme, c'est un symptôme qui doit être discuté, confronté avec les autres symptômes.

La réaction de Wassermann positive dans le liquide d'hydarthrose est un renseignement important (Obs. IV, Obs. II), mais elle est soumise aux mêmes causes d'erreur que la réaction de Wassermann dans le sang.

En somme, la clinique seule, aidée même du laboratoire, est souvent impuissante à fixer un diagnostic hésitant. Il reste un dernier moyen, auquel il faut avoir recours dans tous les cas où le diagnostic étiologique d'un rhumatisme chronique est impossible, dans tous les cas où il est hésitant, dans tous les cas même où un traitement non spécifique déjà appliqué n'a pas donné de résultat : se rappeler les erreurs fréquentes commises sur les soi-disant tumeurs blanches tuberculeuses, guéries dès qu'on applique le traitement spécifique : c'est le traitement d'épreuve.

Toutes les médications peuvent être employées. Quelquefois, le mercure est insuffisant; l'arsenic, le bismuth donnent des résultats parfois surprenants; l'action sur les douleurs est sensible dès les premières injections ; les déformations parfois diminuent considérablement, exemple : Obs. XXIII.

Traitement.

D'après nos observations, tous les traitements spécifiques donnent des résultats, parfois suprenants.

Le mercure est souvent employé avec succès : l'Observation XXIII, par exemple, où, malgré l'intensité des lésions, il les fait disparaître rapidement ; sous forme de cyanure intraveineux (Obs. XXVI) ; parfois associé au sirop de Gibert (Obs. XXV).

Les arsenicaux (Obs. XXI), le bismuth. Il suffit de passer en revue les observations pour s'apercevoir de la puissance de ces différents médicaments ; l'action sur les douleurs est extrêmement rapide, en quelques injections parfois elles disparaissent. L'hydarthrose est parfois plus longue à se résorber ; elle récidive, si on ne continue pas le traitement (Obs. XXVIII). Quant aux déformations du rhumatisme noueux, elles semblent être peu influencées.

Parfois, certaines médications adjuvantes peuvent être employées : l'opothérapie thyroïdienne, par exemple, si on le juge utile.

Toutes les médications vraiment actives ont donné, dans les rhumatismes syphilitiques, des résultats par-

fois extraordinaires par leur rapidité, comme aussi par le caractère définitif et complet des guérisons obtenues. De telles guérisons ont été acquises aussi bien dans les formes localisées simulant la tumeur blanche que dans les formes polyarticulaires évoluant sous le type de rhumatisme chronique.

Il suffit de lire quelques-unes de nos observations pour voir quelle puissance peut exercer la médication spécifique. Il n'est pas toujours besoin de médications très intenses, et dans une de nos observations, un rhumatisme extrêmement douloureux (Obs. XXI) a été rapidement et complètement amélioré par le calomel et l'iodure.

Il est des formes où les résultats sont obtenus plus difficilement et sont moins complets. Il s'est créé, dans ces cas, des altérations articulaires chroniques qui ne permettent pas aux articulations le retour à leur fonctionnement normal, mais même dans ces cas, un traitement bien conduit arrête la marche progressive des lésions et améliore parfois d'une façon très remarquable les malades que toutes les autres thérapeutiques sont impuissantes à soulager.

L'intérêt qu'il y a à faire le diagnostic de rhumatisme chronique syphilitique est tout entier dans la sanction thérapeutique. Il est tout entier dans l'espérance qu'une notion étiologique de cette nature apporte avec elle. C'est parfois la guérison ; c'est, dans la plupart des cas, l'arrêt des phénomènes et leur amélioration.

Si c'est œuvre admirable que de guérir, c'est œuvre divine que de soulager.

Conclusions.

Les manifestations de la syphilis au niveau des articulations sont très nombreuses, tantôt localisées à une seule articulation, tantôt, au contraire, frappant un grand nombre d'articles ; leurs modalités évolutives ne sont pas moins différentes et l'on trouve à côté de formes très torpides des manifestations réactionnelles beaucoup plus franches.

Parmi ces modalités cliniques de la syphilis articulaire, il en est qui, par leur marche chronique, leur tendance à la généralisation, doivent être rangées dans le groupe des rhumatismes chroniques infectieux.

Le rhumatisme chronique syphilitique, ou plutôt les rhumatismes chroniques syphilitiques affectent, d'un malade à l'autre, des caractères cliniques, radiologiques, différents. Il faut donc en décrire plusieurs formes : rhumatisme ostéo phytique, rhumatisme polyarticulaire progressif déformant (forme noueuse), forme fibreuse, forme ankylosante. Nous y ajouterons une forme que nous proposons de désigner sous le nom de rhumatisme polyarticulaire polymorphe. Il existe également des formes localisées.

Les rhumatismes chroniques syphilitiques prêtent à des considérations pathogéniques intéressantes. Il n'est pas possible de donner la raison de la multiplicité des formes cliniques. La syphilis agit, dans certains cas, par lésions directes sur la synoviale, ainsi qu'on l'a constaté dans certaines formes hydarthrosiques. Il est possible que, pour certaines formes, une intervention du système nerveux puisse se combiner aux lésions inflammatoires ostéo-articulaires. Dans un des cas dont nous rapportons l'observation, il semble qu'un facteur thyroïdien ait joué un rôle, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Le diagnostic des rhumatismes chroniques syphilitiques ne saurait être tiré de l'aspect objectif et de l'évolution des lésions articulaires qui, le plus souvent, ne présentent rien de vraiment caractéristique. Peut-être, l'observation nous apprendra-t-elle à reconnaître certains types cliniques caractéristiques.

Pour l'instant, c'est le plus souvent par l'élimination des autres causes étiologiques, par la notion d'une syphilis antérieure, par la coexistence d'autres manifestations de la syphilis que l'on arrive à établir le diagnostic d'un rhumatisme chronique confirmé par les résultats du traitement.

Les améliorations considérables obtenues par le traitement autorisent à tenter plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici l'épreuve thérapeutique qui, bien conduite, ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse pour le malade et peut par contre, en nombre de cas d'étiologie obscure qui ont résisté à toutes les thé-

rapeutiques donner de notables améliorations et parfois de surprenants résultats.

Toutes les médications spécifiques peuvent ici intervenir et être mises en cause avec un sage éclectisme.

La médication iodo-hydrargyrique, le bismuth, l'arsénobenzol comptent à leur actif des succès. On s'inspirera, dans cette question de thérapeutique, non seulement du rhumatisme lui-même, mais de considérations que l'âge du malade et son état viscéral dicteront dans chaque cas particulier au clinicien.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Juin 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- APERT, BRAC et ROUSSEAU. — *Société de dermatologie et syphyligraphie*. Rhumatisme ankylosant polyarticulaire et sclérodermie, juillet 1908.
- AUCLERT. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Th. Paris*, 1908.
- A. BARRÉ. — Troubles médullaires et arthrite vertébrale chronique. *Société Médicale du Bas-Rhin*, 20 mars 1923.
- A. BARRÉ. — Les ostéo-arthropathies du tabes: études critique et conceptions nouvelles. *Th. Paris* 1912.
- ELUM. — Les arthralgies au cours de la syphilis. *Bulletin médical*, 20 juillet 1923.
- BONNET L.-M. — Pseudo-rhumatisme syphilitique précoce simulant un rhumatisme blennorrhagique. *Lyon médical* 1921.
- BROUARDEL, GIROUX et LORY. — Un cas d'arthropathie syphilitique chronique avec vitiligo. *Soc. Méd. Hôp. de Paris* 1^{er} décembre 1922.
- BUCHE. — Contribution à l'étude de l'arthritisme chez l'enfant en particulier dans ses relations avec les troubles endocriniens. *Th. Lyon*, 1921-1922.
- CARNOT et BLAMOUTIER. — Rhumatisme chronique déformant chez une syphilitique, amélioration très nette par le traitement arsenical. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 8 juin 1923.

- CHENET. — Notes sur les ostéites et ostéo-arthrites dans l'hérédosyphilis tardive. *Th. Paris*, 1918.
- CHRÉTIEN. — *Revue de Médecine*, 1893.
- CLÉMENT. — De l'importance des signes articulaires de la syphilis héréditaire tardive; leur adjonction à la triade d'Hutchinson. *Th. Lyon* 1922.
- DUFFIN. — Cases of syph. rheumatism, in *trans of the El. soc. Of London* 1869.
- DANJOU. — *Thèse Paris*, 1887.
- DOHEN. — *Th. Paris*, 1919-20.
- DUFOUR H. — Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 mars 1915.
- DUFOUR H. — Sur la fréquence de la syphilis chez les malades. *Ibidem*, 29 février 1924.
- DUFOUR et DUCHON. — Deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique. *Ibidem*, 2 novembre 1923.
- DUFOUR, DUCHON et DURAND. — Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé. *Ibidem*, 25 mai 1923.
- DUFOUR et RAVINA. — Etiologie syphilitique du rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. *Ibidem*, 1921.
- DUHOT. — Sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant. *Ibidem*, 30 nov. 1923.
- DUPUY de la BADONNIÈRE. — Kératite et Hydarthrose hérédosyphilitique. *Th. Lyon*, 1921-22.
- DUVERNAY. — Essai sur la pathogénie du rhumatisme chronique. Le rôle du terrain et de l'anaphylaxie. *Journal de Méd. Lyon*, 5 mai 1921.
- FINCK (DE VITTEL). — Rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyro-parathyroïdienne d'origine spécifique. *Bulletin Médical, Paris*, 1921.
- FLANDIN. — Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 14 déc. 1923.
- FOUQUET Charles. — Traité de la syphilis articulaire. *Thèse Paris*, 1904-1905.
- FOUQUET. — Hérédosyphilis tardive, Hydarthroses bilatérales et symétriques multiples. Guérison par le traitement spécifique. *Soc. de dermatologie et syphiligraphie*, avril 1913.

- FOURNIER Ed. — Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo syphilis. *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1901.
- M^{me} GEISMAR. — Le rhumatisme polyarticulaire chronique progressif déformant syphilitique. *Th. Paris*, 1922.
- GASTOU et CHANTASSIN. — Polyarthrite progressive déformante, ankylosante généralisée probablement d'origine syphilitique héréditaire. *Ibidem*, 4 décembre 1913.
- GAILLARD. — Le pseudo-rhumatisme syphilitique. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 19 janvier 1906.
- GILBERT A., BERNARD et E. FATOU. — Un cas de polyarthrite hérédo-syphilitique tardive. *Ibidem*, 14 déc. 1923.
- DEGRANDMAISON et BOIDIN. — Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce du genou gauche. *Archives générales de Méd.*, janvier 1902.
- GRIFFON et DEHERAIN. — Pseudo rhumatisme syphilitique, hydarthrose volumineuse, étude cytologique et expérimentale de l'épanchement. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 19 janvier 1906.
- HAGUENEAU et BERNARD. — Rhumatisme chronique déformant et syphilis. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 janvier 1923.
- HARVIER et DECOURT. — Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo syphilitiques. *Ibidem*, 30 nov. 1923.
- HAUSHALTER. — Rhumatisme chronique déformant de nature peut être hérédo-syphilitique chez un enfant de 28 mois. *Soc. Méd. Nancy*, 14 février 1906.
- LEVIN (Isaac). — Synovite de l'articulation du genou comme manifestation tardive de la syphilis acquise. *Arch. gén. de Méd.* 1909.
- LAPLANE. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique généralisé chez l'enfant. *Thèse Montpellier*, 1921.
- LEREDDE. — Le Dg de la syphilis et le T' d'épreuve: essai de critique constructive. *Bulletin de thérapeutique*, Paris 1918-1919.
- LÆPER, BERGERON et VARHAM. — Syphilis et rhumatisme, sa médication. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 juillet 1916.
- NICOLAS, GATÉ et PILLON. — *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, octobre 1922.

- NICOLAS FAVRE CHARLET et AUGAGNEUR. — Réaction des syphilitiques à la tuberculine. *Congrès intern. de Dermatologie et syphiligraphie, Rome 1912.*
- PELLEGRINI. — Contribution à l'étude des goîtres congénitaux chez les hérédosyphilitiques. *Archives de Méd. expér. et d'anatomie pathologique*, mars 1917.
- PILLON. — Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leurs diagnostics avec les arthropathies tuberculeuses. *Th. Lyon*, 1914.
- REBATTU, BONAFÉ et LEBŒUF. — De la multiplicité et de l'intrication fréquente des facteurs étiologiques dans le rhumatisme chronique déformant. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 10 mai 1921.
- ST PIERRE. — *Th. Lyon*, 1900.
- STEINBERG. — Du pseudo-rhumatisme syphilitique. *Th. Paris*, 1898.
- SÈZARY. — Le diagnostic de la syphilis constitutionnelle. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 fèv. 1924.
- TESSIER et MAYET. — Classification des rhumatismes chroniques. *Bulletin Méd.*, 1922.
-

TABLE DES MATIÈRES

Notes préliminaires.	9
Introduction	13
Etude anatomo-clinique :	
I. Arthralgies	17
II. Hydarthrose chronique	21
III. Arthrite sèche	34
IV. Forme gommeuse pseudo-tumeur blanche syphilitique	35
V. Rhumatisme déformant	39
A) Rhumatisme déformant épiphysaire ostéophytique	40
B) Rhumatisme noueux syphilitique : rhu- matisme polyarticulaire chronique déformant.	45
C) Forme fibreuse	67
VI. Formes localisées :	
Rhumatisme chronique des grandes articu- lations	70
A) Arthrite sèche; morbus coxæ senilis syphilitique; arthrite sèche des genoux	70
B) Forme fibreuse	75
C) Autres formes localisées, rhumatisme vertébral	79
VII. Rhumatisme ankylosant	81
VIII. Rhumatisme chronique polyarticulaire polymorphe.	83
Pathogénie.	89
Diagnostic	97
Traitement.	101
Conclusions	103
Bibliographie	107

